Aus der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. G. Schubert

Über die Genesungsverschickung rekonvaleszenter Krebskranker

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

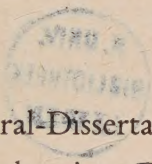
Vorgelegt
der hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

von
Georg-Friedrich Kessler

Hamburg 1961

Aus der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. G. Schubert

Über die Genesungsverschickung rekonvaleszenter Krebskranker



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Vorgelegt
der hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

von
Georg-Friedrich Kessler

Hamburg 1961

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.
am: 14. 11. 1961

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Dekan: Professor Dr. G. Malorny
Referent: Prof. Dr. G. Schubert
~~Korreferent~~: .....

Gewidmet

m e i n e n E l t e r n

Inhaltsverzeichnis

I. Die Genesungsverschickung im Rahmen der Krebsbekämpfung ..... Seite 1

II. Allgemeine Beobachtungen über die Tumorentwicklung in Abhängigkeit von endogenen und exogenen Faktoren ..... " 5

III. Der Einfluß äußerer Lebensverhältnisse auf Ablauf und Heilbarkeit von Krebskrankheiten: Angaben aus der Literatur und eigene Untersuchungen über unterschiedliche Heilungsergebnisse zwischen sozial besser- und sozial schlechtergestellten Patientinnen ..... " 8

IV. Die Bedeutung der Denkschrift des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung über die Fürsorge und wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken ..... " 18

V. Entwicklung, Handhabung und bisherige Erfahrungen der Genesungsverschickung in Hamburg ..... " 22

VI. Handhabung, Umfang und Erfolg der Genesungsverschickung in anderen Ländern der Bundesrepublik ..... " 28

VII. Der Einfluß einer auswahlsweisen Genesungsverschickung auf die Prognose der Kollum-Karzinome an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf ..... " 39

VIII. Diskussion der Ergebnisse ..... " 52

IX. Zusammenfassende und abschließende Überlegungen über die Genesungsverschickung krebskranker Frauen ..... " 56

X. Literaturangaben ..... " 60

I. Die Genesungsverschickung im Rahmen der Krebsbekämpfung

Die Zahl der Krebstodesfälle nimmt in nahezu allen Ländern der Welt absolut und relativ zu. Nach den "Herz- und Kreislaufkrankheiten" steht der Krebs auf der Liste der Todesursachen in amtlichen Statistiken vieler Länder bereits an zweiter Stelle.
In der Bundesrepublik Deutschland stieg nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (EBBING) in den Jahren 1950-1959 die absolute Anzahl der Sterbefälle an bösartigen Neubildungen von 80 841 auf 101 970, deren relativer Anteil an den Sterbefällen insgesamt von 16,4 % auf 17,9 %.
Nach den Mitteilungen des Statistischen Landesamtes (HEINSOHN) stieg in Hamburg die absolute Anzahl der Krebstodesfälle in den Jahren 1950-1959 von 3 418 auf 4 490, deren relativer Anteil an der Gesamtsterblichkeit betrug unverändert 20,5 %.
Bezogen auf 10 000 Lebende in Hamburg stieg die Zahl der an Krebs Gestorbenen von 1939 mit 17,3, 1949 mit 20,2 bis 1959 auf 24,7.
Mutmaßlich wird mit der zu erwartenden weiteren Steigerung des mittleren Lebensalters und der Zunahme der karzinogenen Einflüsse die Krebsmorbidität auch in Zukunft weiter zunehmen. Nach einer amerikanischen Untersuchung schätzt man für das Jahr 1975 einen jährlichen Anstieg der Neuerkrankungen gegenüber 1953 von über 40% (CUTLER).

Indes sind die Ergebnisse der Krebstherapie bescheiden.
Von den in Hamburg im Jahre 1954 registrierten 2 006 krebskranken Männern lebten nach 5 Jahren noch 13,0%; von den im gleichen Jahr registrierten 2 960 krebskran-

ken Frauen überlebten 35% (HEINSOHN).
Die internationalen Heilungsquoten für Kollum-Karzinome, entnommen dem ANNUAL REPORT nach KOTTMEIER, liegen in den Behandlungsjahren 1949-1953 für die Stadien I-IV bei 46,4%.
Die Behandlungsergebnisse für Kollum-Karzinome der Stadien I-IV betrugen in der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf in den Jahren 1951-1955 57,8%.

Die Lehre, die uns die unbefriedigende Bilanz der Krebsstatistiken vor Augen führt, und die Einsicht, daß wir bis heute noch k e i n e ä t i o l o g i s c h e Therapie der Krebskrankheiten kennen, gebietet eine Krebsbekämpfung auf breiter Front.
Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, daß Krebs im fortgeschrittenen Stadium keine lokale, sondern eine A l l g e m e i n e r k r a n k u n g ist. Mit strahlentherapeutischen und chirurgischen verbesserten Maßnahmen sind nur noch prozentual geringe Verbesserungen der Behandlungserfolge zu erwarten.
Diese Feststellungen verpflichten zum Einsatz und Ausbau aller Maßnahmen, die von irgendeiner Seite her einen günstigen Einfluß auf die Krebsheilung erkennen lassen.

Eine umfassende K r e b s b e k ä m p f u n g erfordert folgende Maßnahmen:

1. Krebsforschung
   a) Grundlagenforschung und klinische Forschung,
   b) statistische Auswertung der Krebs-Morbidität und der Krebs-Mortalität der Bevölkerung.
2. Bemühungen um Erkennung der Frühstadien durch
   a) Aufklärung der Bevölkerung,
   b) Fortbildung der praktizierenden Ärzte,
   c) Einrichtung von Beratungsstellen, die das Vertrauen der Bevölkerung und der Ärzte genießen.

3. Chirurgie und Radiologie als kardinale Therapie in optimal eigens dafür eingerichteten Zentren.

4. Zusatztherapie durch
   a) tumorspezifische Medikamente (Cytostatika, Hormone),
   b) unspezifische Maßnahmen zur Aktivierung und Hebung körpereigener Abwehrkräfte (Ernährung, Vitamine, Beseitigung der Dysbakterie, Bewegung, Gymnastik, Klimawechsel, Genesungs-Verschickung),
   c) symptomatische Behandlung der lokalen Krebs- und Strahlenfolgen,
   d) Sorge um seelische und psychische Belange.

5. Nachsorge mit wirtschaftlichen und sozialen Hilfen.

6. Rezidiv-Verhütung und -Früherkennung.

Insbesondere die unter "Zusatztherapie" genannten Maßnahmen lassen sich - mit Ausnahme einer Cytostatika- und Hormonbehandlung - im Rahmen einer G e n e s u n g s v e r s c h i c k u n g in umfassender Weise durchführen.

A u f g a b e vorliegender Studie ist es, allgemeine pathologische und klinische Beobachtungen über die Tumorentwicklung in Abhängigkeit von endogenen und exogenen Faktoren sowie den Einfluß äußerer Lebensbedingungen, wie Kriegsereignisse und unterschiedliche soziale Lebensverhältnisse, auf Ablauf und Heilbarkeit von Krebserkrankungen zusammenzustellen. In diesem Zusammenhang werden differente Heilungsergebnisse zwischen sozial besser- und sozial schlechtergestellten Patientinnen mit Kollum-Karzinomen an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf

mitgeteilt.
Voraussetzungen, Art und Umfang der Genesungsverschickungen in Hamburg und vergleichsweise in anderen Ländern der Bundesrepublik werden eingehend geschildert.
Schließlich wird der Einfluß der seit November 1954 in Hamburg durchgeführten auswahlsweisen Genesungsverschikkung auf die Prognose der Kollum-Karzinome der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf statistisch beurteilt.

II. Allgemeine Beobachtungen über die Tumorentwicklung in Abhängigkeit von endogenen und exogenen Faktoren

Zunehmend beginnt die Medizin, der Krebszelle die über Leben und Tod allein entscheidende Rolle im unweigerlichen Ablauf einer Krebserkrankung abzusprechen. Wie imponierend die Erkenntnisse über die Biologie der im Experiment beobachteten Krebs - Z e l l e n auch sind, so lehren doch ärztliche Erfahrungen immer wieder, daß die T u m o r entwicklung in Tempo und Form von zahlreichen endogenen und exogenen Faktoren abhängig und sicher auch konstitutionell und individuell bedingt different ist.

Unter dem Eindruck bestimmter Versuchsergebnisse hat man die Geschwulstentstehung in zwei Phasen eingeteilt: eine I n i t i a l p h a s e , welche auf einer Mutation beruhend zu irreversiblen "schlafenden" oder latenten Tumorzellen führt, und eine E n t w i c k l u n g s p h a s e, während der "besondere Bedingungen" gegeben sein müssen (MÜHLBOCK), um aus den latenten Tumorzellen zu einer manifesten Geschwulst heranzuwachsen.
In dieser Entwicklungsphase tritt der Krebs mit seiner Umgebung in W e c h s e l w i r k u n g (DIETRICH). Die einzelne Krebszelle ist demnach nicht so fundamental abgeartet und der sich entwickelnde Krebs nicht so voller Eigengesetzlichkeit, als daß nicht hemmende oder fördernde Faktoren des ganzen Körpers regulierend wirksam sein könnten.

Manche Tumoren, wie Mamma- und Prostata-Karzinom sind h o r m o n e l l beeinflußbar.
Das mesenchymale B i n d e g e w e b e setzt durch seine präformierten Faserstrukturen, durch zellulär-reaktive Leistungen und durch den obligaten und aktiven Stoffaustausch

dem Karzinom einen gewissen Widerstand entgegen. Umgekehrt vermag auch das Karzinom das Mesenchym reagierend zu beeinflussen. Dies führt zu relativen und komplexen, noch keineswegs übersichtlichen Wechselbeziehungen (SCHMIDT-MATTHIESEN; FISCHER, SEELICH, BÜNGELER).

Es liegen Beobachtungen vor, daß der Organismus Krebszellen abzubauen vermag (DIETRICH), die kontinuierlich (CRAMER) oder diskontinuierlich (PECKHOLZ) in den Kreislauf eingeschwemmt und verschleppt werden.
Die Erfolge mancher Palliativoperationen und das Auftreten von Rezidivtumoren nach jahrelang andauernder klinischer Heilung führen zu theoretischen Erwägungen über eine antikanzeröse Widerstandskraft des Organismus, welche schwankend Umwelteinflüssen unterworfen ist (NISSEN, KEPP).

Von interessanten T i e r e x p e r i m e n t e n über den Einfluß psychischer Stressreaktionen und körperlicher Aktivität berichtet TROMP: Durch elektrische und akustische Reize neurotisierte, durch Streichelprozeduren zunächst verwöhnte und später stark belastete sowie besonderen Behausungs- ("Wohn-") und Bewegungsbedingungen ausgesetzte Mäuse und Ratten zeigen im Vergleich zu Kontrolltieren eine signifikant größere Bereitschaft, an Experimental- und Spontanmalignomen zu erkranken.
Sekundärinfektionen in der Nachbarschaft von Tumoren, eine die lymphatische Reaktion hemmende Röntgenganzbestrahlung, Nebennierenrindenpräparate sowie Zerfallprodukte, Stoffe oder Dosen, von denen schon in niederer Dosierung eine toxische Schädigung des R E S anzunehmen ist, vermögen indirekt das Wachstum eines Tumors zu fördern (HACKMANN). HACKMANN betont, daß die Autonomie des malignen Wachstums ein weit weniger starres Gesetz ist, als man früher annahm.

Ebenso resümiert DIETRICH, wenn er sagt, daß auch ausgesprochen maligne Tumoren der Gegenwirkung des Organismus unterworfen seien und deren Eigengesetzlichkeit nicht unbegrenzt ist: "Der Grad der Malignität eines Krebses wird nicht allein von der Wachstumsfähigkeit seiner Zellen, sondern von dem Verhältnis der Gegenwirkungen bestimmt, die von örtlichen und allgemeinen Korrelationen des Körpers abhängen".

III. Der Einfluß äußerer Lebensverhältnisse auf Ablauf und Heilbarkeit von Krebskrankheiten: Angaben der Literatur und eigene Untersuchungen über unterschiedliche Heilungsergebnisse zwischen sozial besser- und sozial schlechtergestellten Patientinnen.

Einen häufig entscheidenden Einfluß auf die Heilbarkeit von Krebserkrankungen üben die allgemeinen äußeren Lebensverhältnisse aus. Ohne wesentliche Beeinträchtigung der strahlentherapeutischen und operativen Technik sanken während der K r i e g s- und N a c h k r i e g s j a h r e die Heilungsziffern beim Kollum-Karzinom mitunter beträchtlich.

In einer statistischen Zusammenfassung über die Erfolge der Strahlenbehandlung des Kollum-Karzinoms berichtet L. MAIER aus der Wiener Klinik von einem Absinken der absoluten Heilungsziffern während der Kriegsjahre um 4,1%. In weit stärkerem Ausmaß sanken die Heilungsziffern in Göttingen (MARTIUS). Seit 1938 schwankten die absoluten Heilungsziffern zwischen 35% und 48%. In den beiden Nachkriegsjahren sanken die Werte ab bis auf 33% und 34%, im Jahrgang 1948 ist indessen die absolute Fünfjahresheilung für Kollum-Karzinome wieder um 11,3% auf 44,3% gestiegen.

Äußere Einflüsse, die durch politische Ereignisse auf die Kranken ausgeübt wurden, bedingen nach HESS Differenzen der Heilungsziffern zwischen 16,5% bzw. 18%: Unter den genannten Gesichtspunkten konnte an der Erlanger Klinik in den Jahren 1934 bis 1942 eine absolute Heilungsziffer von 46,5% erzielt werden. In den Kriegs- und Nachkriegsjahren von 1943 bis 1948 sank die Heilungsziffer auf 30% ab. Von 1949 bis 1953 betrug die Absolutheilung für Kollum-Karzinome wieder 48%.

Ebenso aufschlußreich ist das Krankenmaterial der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf (Tab. 1). Während das Absinken der Heilungsergebnisse beim Kollum-Karzinom in den Zeitintervallen zwischen 1937-1941 und 1941-1944 mit Sicherheit auf das allgemeine Absinken der Lebensbedingungen zurückzuführen ist, ist doch hinsichtlich des enormen Wiederanstieges neben dem gleichzeitig gestiegenen allgemeinen Lebenskomfort zu einem großen Teil der Ausbau der Therapiemöglichkeiten, insbesondere der Strahlentherapie, verantwortlich zu machen.

Tab. 1 Ergebnisse der Behandlung des Kollum-Karzinoms der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf der Jahre 1937 - 1955.

Berichtjahre	Absolute Leistung	Relative Leistung der Stadien (%) I:	II:	III:	IV:
1937-41	34,6 %	77,7	56,o	15,4	2,7
1941-44	21,7 %	78,8	37,5	5,9	-
1945-50	keine Berichte, durch Kriegseinwirkungen eingeschränkte therapeutische Möglichkeiten				
1951	40,o %	75,o	40,o	31,o	0.7
1951-55	57,8 %	87,o	56,9	46,8	5,1

Gegenüber der Meinung, daß das Kollum-Karzinom in jüngeren Lebensjahren ungünstiger verläuft als bei älteren Frauen, stellt GAUWERKY bei 1 550 Fällen der eigenen Klinik und 6 250 Fällen anderer Kliniken in D e u t s c h l a n d in den Jahren 1930-1940 fest, daß die Heilungsergebnisse mit ansteigendem Alter a b s i n k e n. Dieser Unterschied der Heilungsziffern zwischen jungen und alten Patientinnen beträgt für Stadium I und II 11,4%, hingegen sind beim Stadium III und IV keine wesentlichen Differenzen ersichtlich. Weil das Rechtsgefälle bei den prognostisch

ungünstigen Spätstadien fehlt, nimmt er an, daß natürliche gegen das Karzinom gerichtete Fähigkeiten, welche in jugendlichem Lebensalter in reicherem Maße vorhanden sind als jenseits des 55. Lebensjahres, bei fortgeschrittenerem Stadium sich auch in jugendlichem Alter nicht mehr voll durchzusetzen vermögen, während sie in früheren Stadien mit einer kurativen Therapie ihren Einfluß in den verschiedenen Lebensaltern in unterschiedlichem Ausmaß geltend machen.
Dieses Absinken der Heilungsziffern in Deutschland während der Jahre 1930-1940 hat sich in einer Zusammenstellung von Statistiken aus USA, England, Dänemark und Schweden bei 12 000 Fällen n i c h t bestätigen lassen, wie eine sorgfältige Studie über die weitgehende Homogenität ihrer Alterszusammensetzung und der Zusammensetzung ihrer Krankheitsstadien zeigte. In beiden Untersuchungen wurde die nichtkarzinomatöse Sterbewahrscheinlichkeit und damit der im Alter zunehmende Einfluß interkurrenter Mortalität ausgeschaltet. GAUWERKY nimmt für die Erklärung des Rechtsgefälles im deutschen Krankengut an, daß die besonderen soziologischen Verhältnisse zum einen und die frühere und stärkere Belastung durch die Kriegseinflüsse zum anderen die Widerstandskraft der Patientinnen in unterschiedlich starkem Maße beansprucht haben.

Während DIETRICH in seiner Abhandlung "Krebs im Gefolge des Krieges" keine statistischen Zusammenhänge zwischen Krieg und Krebs, weder eine Abnahme noch eine Zunahme, weder ein schnelleres Wachstum noch eine größere Neigung für Metastasen nachzuweisen vermag und einen Einfluß des Krieges auf die Häufigkeit und die Art der Geschwulsterkrankungen ablehnt, stellen andere Autoren fest, daß das Alter der Karzinomerkrankung bei angenommen gleicher Häufigkeit bei F l ü c h t l i n g e n um 5 Jahre früher liegt. Mögli-

cherweise kommt bei bestehender Bereitschaft zur Tumorbildung das Geschwulstwachstum durch Herabsetzung der allgemeinen Widerstandskraft rascher in Gang (PFLEIDERER).

Ähnliche Ergebnisse erhält man bei epidemiologischen Untersuchungen über das unterschiedliche Verhalten von S t a d t - und L a n d b e v ö l k e r u n g mit frühzeitigerem und häufigerem Geschlechtsverkehr, häufigeren Aborten, mangelnder Sexualhygiene, schlechten sozialen Verhältnissen und unterschiedlicher Anzahl der Schwangerschaften und Geburten (PELLER, BERGGREN, J.G. LAWSON). In unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit der F l u c h t, bei der die körperlichen und seelischen Widerstandskräfte akut erheblich herabgesetzt waren, stehen nach PULVERMACHER eine ungewöhnlich hohe Anzahl von Spätrezidiven und Spätmetastasen.

Besonders eindrucksvoll auf die Bedeutung einer guten allgemeinen und speziellen Abwehrfähigkeit des Gesamtorganismus gegenüber Karzinomen weisen die Erfahrungen mit unterschiedlicher Prognose bei Patienten der P r i v a t - s t a t i o n e n aus sozial gehobenen Kreisen gegenüber Patienten der A l l g e m e i n s t a t i o n e n und aus sozial schlechtergestellten Kreisen hin.
Bereits seit dem Jahre 1923 liegen Mitteilungen von WINTZ, Erlangen, vor, daß Frauen aus sozial bessergestellten Kreisen, die sich nach der Bestrahlung noch längere Zeit schonen konnten, häufiger gesund wurden und gesund blieben als die Frauen, die unmittelbar ihre Hausarbeit wieder übernehmen mußten. Bei 42% der erstgenannten Gruppe konnte eine über fünfjährige Dauerheilung erzielt werden; mit 22% Dauerheilungen lagen die Heilungsergebnisse der zweiten Patientengruppe um 20% schlechter.
Differenzzahlen von 18% zwischen absoluten Leistungen beim Kollum-Karzinom von sozial bessergestellten Kranken mit

32,6% gegenüber 14,6% von sozial schlechtergestellten veröffentlichte VOLTZ, München, im Jahre 1930.

Im gleichen Jahr berichtete SCHWANKE, Hamburg, über unterschiedliche Überlebensraten zwischen Privatpatientinnen und Patienten der Allgemeinstationen am Kollektivmaterial einer Chirurgischen Klinik: Von 1071 Operierten der Allgemeinstationen lebten nur 6% länger als 5 Jahre, von 144 Operierten der Privatstationen dagegen 29%. Von den Überlebenden aus der Klinik haben 25%, von denen der Privatpraxis nur 12% Metastasen bekommen. Diese Zahlen sind für ihn so eindrucksvoll, daß er nicht nur die bessere Beobachtung des Körpers bei den Vermögenden als Ursache dieser Differenz annehmen kann.
Nach Beobachtungen von MARTIUS und KEPP aus den Jahren 1937-1944 betrug die fünfjährige absolute Heilungsziffer für Kollum-Karzinome bei den sozial gehobenen Berufsgruppen 55% gegenüber 38% bei sozial ungünstig gestellten. Die Differenz betrug 17%.
Auf dem Deutschen Gynäkologenkongress 1952 in München und in folgenden Publikationen machte KIRCHHOFF auf die möglichen Einflüsse einer intensiven und konsequenten nachgehenden Fürsorge aufmerksam, indem er darauf hinwies, daß an der Frauenklinik Lübeck die Rate der Überlebenden aller Genitalkarzinome bei sozial bessergestellten Patientinnen der Privatstation 63,8%, bei sozial schlechtergestellten dagegen nur 43,5% beträgt. Diese Zahlenangaben resultieren aus einem Patientengut von insgesamt 1 206 Genitalkarzinomen aus den Jahren 1944-1953. Während sich die Differenz der absoluten Fünfjahresheilungszahl vor der Währungsreform auf 25% belief, betrug die Differenz der Überlebenden nach dem Währungswechsel noch 20%.

Wohl bedingt durch die allgemeine Hebung der sozialen Verhältnisse in der Bundesrepublik in den letzten 10 Jahren

und der Verschiebung des Sozialgefälles sind die Mitteilungen über unterschiedliche Heilungsergebnisse bei sozial besser- und sozial schlechtergestellten Patientinnen verstummt.
Jedoch haben in jüngster Zeit GANSAU und LANG im Berliner Raum bei Patientinnen, die von verschiedenen Fürsorgeeinrichtungen nachträglich betreut wurden, auf Grund differenzierter sozialer Erhebungen festgestellt, daß ein schlechtes soziales Milieu in verstärktem Maße zu Erkrankungen an Kollum- und Korpus-Karzinom und zu ungünstiger Heilungsquote führt: Von den an Kollum- und Korpus-Karzinom erstmalig erkrankten Frauen mußten 64,4% schlechteren, dagegen 35,6% besseren Sozialgruppen zugeordnet werden; von den Verstorbenen gehörten 72,2% sozial niederen, dagegen 27,8% sozial gehobenen Gruppen an; schließlich war die Überlebensrate der besseren Sozialgruppen gegenüber der der schlechteren Sozialgruppen ca. 1,8 mal so groß. Demzufolge wurden rechnerisch die absoluten Heilungsquoten auf 70% gegenüber 39% geschätzt.

In Ergänzung der Angaben aus der Literatur nachstehend eine Übersicht über unterschiedliche Heilungsergebnisse zwischen 41 (56) sozial bessergestellten und 581 (735) sozial schlechtergestellten Patientinnen mit Kollum-Karzinomen, die von 1951-1955 (1951-1957) in der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf behandelt worden sind.
Die Fünfjahresheilungen weisen für das Kollektiv der Kollum-Karzinome bei sozial bessergestellten Patientinnen um 11% bessere Behandlungsergebnisse gegenüber den sozial schlechtergestellten Patientinnen auf (Tab. 2).

Tab. 2 Fünfjahresheilungen aller Kollum-Karzinome der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1955

Sozial bessergestellte Patientinnen	41 : 28 = 68%
Sozial schlechtergestellte Patientinnen	581 : 331 = 57%
Differenz	= 11%

Hinsichtlich des prozentualen Anteils der mehr oder weniger fortgeschrittenen Stadien am Patientengut der beiden verschiedenen Sozialgruppen ist das Krankenmaterial weitestgehend homogen und vergleichbar (Tab. 3). Der Einwand, daß Angehörige der bemittelteren Kreise den Arzt früher aufsuchen, dadurch Frühstadien am Patientengut dieser Sozialgruppe überwiegen und bei einer zusammenfassenden Übersicht die Heilungsresultate einseitig beeinflussen, kann am vorliegenden Zahlenmaterial nicht geltend gemacht werden.

Tab. 3 Gruppeneinteilung bei primären Kollum-Karzinomen der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1955

	Sozial bessergestellte Pat.:	Sozial schlechtergestellte Pat.:
Gruppe I + II:	19 = 46 %	268 = 46 %
Gruppe III + IV:	22 = 54 %	313 = 54 %
Verhältnis:	1 : 1,2	1 : 1,2

Bei einer differenzierten Betrachtung der Gruppen I + II sowie der Gruppe III der Kollum-Karzinome (1951-1955) sind die unterschiedlichen Heilungsergebnisse nach 5 Jahren besonders für die weniger fortgeschrittenen Stadien mit 25,5% sehr eindrucksvoll (Tab. 4a). Nach Eliminierung der Karzinome im IV. Stadium mit absolut infauster Prognose, ergibt sich für das Sammel-Patientengut der Gruppe I-III eine Differenz der Heilungserfolge von 13% (Tab. 4a).

In einer Übersicht eines größeren Patientengutes mit Kollum-Karzinomen der Stadien I-III der Behandlungsjahre 1951-1957 mit dreijähriger Kontrollzeit beträgt die Differenz der Behandlungserfolge zwischen sozial besser- und sozial schlechtergestellten Patientinnen nunmehr nur noch 8,2% (Tab. 4b). Gewisse Fehlerquellen der Tabelle 4a, bedingt durch die kleine Zahl der sozial bessergestellten Patienten, scheinen korrigiert, wenn auch keineswegs aufgehoben. Darüber hinaus ist die Differenzeinbuße wohl verursacht durch die weiterhin gestiegenen allgemeinen Lebensverhältnisse und wahrscheinlich auch durch die seit Ende 1954 ständig zunehmende auswahlsweise Genesungsverschickung, die den sozial schlechtergestellten Patientinnen ermöglicht wurde.

Tab. 4a Fünfjahresheilungen bei primären Kollum-Karzinomen der Gruppen I-III an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1955

	Sozial bessergestellte Pat.:	Sozial schlechtergestellte Pat.:
Gruppe I + II:	19 : 19 = 100%	268:200 = 74,5%
Gruppe III:	19 : 9 = 47,5%	276:129 = 46,5%
Gruppe I - III:	38 : 28 = 73,5%	544:329 = 60,5%
Differenz:		== 13% ==

Tab. 4b Dreijahresheilungen bei Kollum-Karzinomen der Gruppen I - III an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1957

	Sozial bessergestellte Pat.:	Sozial schlechtergestellte Pat.:
Gruppe I + II:	28:26 = 93,0%	343:285 = 83,0%
Gruppe III:	28:17 = 60,0%	392:219 = 56,0%
Gruppe I - III:	56:43 = 76,8%	735:504 = 68,6%
Differenz:	== 8,2% ==	

Gegenüber den Angaben von KIRCHHOFF u. a. Autoren über die Fünfjahresheilungen der Kollum_Karzinome I-III in den Kriegs- und Nachkriegsjahren sind die Differenzzahlen der Hamburger Universitäts-Frauenklinik kleiner. Die Gründe hierfür sehen wir in den unterschiedlichen politischen und sozialen Lebensverhältnissen dieser Jahre gegenüber den Behandlungsjahren 1950-1960 mit gestiegenem allgemeinen Wohlstand.
Es sei andererseits auf die sehr guten Heilerfolge aller Patientinnen mit Kollum-Karzinomen an der Universitäts-Freuenklinik Hamburg-Eppendorf hingewiesen, die sicher zu einem gut Teil auf den Ausbau der speziellen therapeutischen Möglichkeiten zurückzuführen sind (Vergl. Tab. 1,S.9)

Die eigenen Zahlenangaben und die Angaben aus der Literatur sind nur jeweils in der angeführten Gegenüberstellung vergleichbar. Sie unterscheiden sich in Behandlungsjahren mit unterschiedlichen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten, in der Zusammensetzung des Krankengutes und ebenso in einer unterschiedlichen Auffassung von "sozial besser" und "sozial schlechter" gestellten Patienten.

Bei den Sammelangaben ist außerdem die unterschiedliche Zusammensetzung des Materials mit Karzinomen verschiedener Stadien zu berücksichtigen.

Diese Einschränkungen ändern jedoch nicht wesentlich den erstaunlich regelmäßigen Unterschied der Heilungsergebnisse von 10-20%. Dieser offensichtlich " s o z i a l e F a k t o r " (KIRCHHOFF) weist mit besonderem Nachdruck auf die Bedeutung der allgemeinen Lebensbedingungen für die Prognose von Karzinomen hin.

IV. Die Bedeutung der Denkschrift des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung über die Fürsorge und wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken.

Unter dem Eindruck klinischer und sozial-statistischer Erfahrungen fördernder und hemmender äußerer Einflüsse auf das Wachstum maligner Geschwülste gewinnt die sorgfältige N a c h b e h a n d l u n g und die S o r g e um die w i r t s c h a f t l i c h e S i c h e r u n g der Krebskranken zunehmend an Bedeutung (KIRCHHOFF, MARTIUS, SCHMERMUND, KEPP, DIETRICH u. a.).
Die klassischen Behandlungsmethoden mit operativen und strahlentherapeutischen Maßnahmen bedürfen zur Unterstützung der Abwehr- und Ausheilungsvorgänge des durch das Karzinom und die Behandlung geschwächten Organismus einer gezielten Weiterbehandlung über Monate. Es erscheint im Interesse der Patienten und der behandelnden Ärzte wenig sinnvoll, diese Maßnahmen, die zunächst überwiegend internistisch orientiert sind, in den großen Kliniken unmittelbar fortzusetzen.
Andererseits gibt das häusliche Milieu und eine ambulante Versorgung durch die Hausärzte bei aller Bereitschaft häufig keine optimalen Bedingungen für die Umstellung auf die Maßnahmen, die zur Kräftigung des Allgemeinzustandes unumgänglich sind. Viele der Patientinnen können sich den Verpflichtungen als Hausfrau und Mutter nicht entziehen, so daß nicht einmal die in der posttherapeutischen Phase unbedingt erforderliche Ruhe und körperliche Schonung gewährt sind. Die Genesungsverschickung in allgemeine Erholungsheime oder in Spezialheime mit unterschiedlich ausgeprägtem klinischen oder mehr häuslich-familiärem Charakter unter ärztlicher Obhut ist in dieser Phase von entschei-

dender Wichtigkeit und schließt eine wesentliche Lücke des Heilplanes.
Die Finanzierung dieser Kuren zu sichern, war ein nicht unbedeutendes Hindernis vor ihrer Einführung.
Zur Sicherung des Behandlungserfolges und zur körperlichen und seelischen Entlastung sind jedoch noch weitere wirtschaftliche und soziale Maßnahmen notwendig Finanziell ist die wirtschaftliche Existenz der Familie während und nach der Behandlung zu sichern. Eine zeitweilige Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit ist weniger in Form einer schematischen Invalidisierung anzustreben, die die Patienten psychisch belasten könnte (FIKENTSCHER, MARTIUS, ZIMMER, SCHMERMUND, PHILIPP, BALTZER, KEPP), als vielmehr in Form einer Genesungsrente. Unter Berücksichtigung der verbliebenen Möglichkeiten sollte eine berufliche Wiedereingliederung durchgeführt werden, um sowohl die Arbeitskraft und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder in anderer Weise wieder herzustellen, als auch um die ärztlichen Bemühungen bei der psychischen Labilität zu einem ausgefüllten Alltag zu unterstützen (SCHULTZE-RHONHOF).

Mit aller Aufmerksamkeit und Initiative müssen in dieser posttherapeutischen Phase die sozialen Belange maßgeblich in das ärztliche Handeln einbezogen werden.

Diese ärztlichen Anliegen werden vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung (D Z A) in der D e n k s c h r i f t über die wirtschaftliche Sicherung und die Fürsorge der Krebskranken umfassend dargelegt und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, den Renten- und Sozialversicherungsträgern, denen in Deutschland hauptsächlich die finanzielle und soziale Betreuung der Krebskranken obliegt, mit allem Nachdruck vertreten.

Einerseits wird auf die Möglichkeiten der Krebskrankenbetreuung hingewiesen, die nach den bestehenden Gesetzen schon jetzt gegeben sind, aber von den Beteiligten nicht immer voll genutzt werden:

1. Der gesundheitliche und für die Kostenträger finanzielle Wert einer v o r b e u g e n d e n Gesundheitsuntersuchung sollte zu den entsprechenden organisatorischen und fianziellen Regelungen führen. Diese vorbeugende Maßnahme ist nach §§ 187, 363 RVO möglich.

2. Über die Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen hinaus sollten die Rentenversicherungsträger in Anwendung der §§ 1236, 1305/06 RVO, § 13, 84/85 AVG, § 35, § 97 KnVNG die Aufwendungen für eine s t a t i o n ä r e Behandlung ergänzend übernehmen. Diese Leistungen haben sich auch auf Spezialbehandlungen und S i c h e r u n g s k u r e n nach abgeschlossener Krankenhausbehandlung zu erstrecken.

3. Ähnlich gilt es, die Sorgen um die w i r t s c h a f t l i c h e Existenz des Kranken und seiner Familie während der Behandlung zu tragen (Übergangsgeld nach § 1241 RVO, § 18 AVG, § 40 KnVNG und zusätzliche Hilfe nach § 1306 RVO, § 85 AVG, § 97 KnVNG; gegebenenfalls auch Gewährung einer Rente auf Zeit). Desgleichen sollen b e r u f s f ö r d e r n d e Maßnahmen nach § 1237 RVO, § 14 AVG, § 36 KnVNG und eine N a c h f ü r s o r g e nach § 1237 Abs. 4b RVO, § 14 Abs. 4b AVG, § 36 Abs. 4 KnVNG eingeleitet und durchgeführt werden. Ausdrücklich wird abgeraten von einer schematischen Invalidisierung. Stattdessen soll durch berufsfördernde Maßnahmen eine vorsichtige individuelle Wiedereingliederung in das Arbeitsleben angestrebt werden.

Andererseits noch außerhalb der gegebenen gesetzlichen Bestimmungen liegend und als besondere H ä r t e f ä l l e werden die pflegerische Versorgung von alten und alleinstehenden Patienten, das Schicksal der ausgesteuerten und die Belastung solcher Patienten genannt, welche später Rückzahlungen für Fürsorgeleistungen aufzubringen haben. Diese Schwierigkeiten zu mildern ist eine vordringliche Aufgabe. In jedem Falle gilt es ähnlich den umfassenden Hilfen bei der Tuberkulose in der zu erwartenden gesetzlichen Neuregelung des Krankenversorgungswesens a l l e Krebskranken einzubeziehen, so daß in jedem Falle die erforderlichen Heilungsleistungen gewährt werden können unabhängig davon, ob der Erkrankte zu dem Kreis der Versicherten gehört oder nicht.

V. Entwicklung, Handhabung und bisherige Erfahrungen der Genesungsverschickung in Hamburg.

Als einen "Meilenstein auf dem Wege einer erfolgreichen Krebsbekämpfung" bezeichnete SCHUBERT die im Rahmen der K r e b s k r a n k e n f ü r s o r g e bedeutungsvolle Eröffnung des ersten G e n e s u n g s h e i m e s für krebsbehandelte Frauen in Ratzeburg im November 1954.
Mit der Eröffnung dieses Genesungsheimes konnte Hamburg an eine eigene große Tradition in der Fürsorge der Krebskrankheiten anknüpfen.
Der hohe Anteil der Krebssterbefälle hatte in Hamburg schon frühzeitig Veranlassung gegeben, sozialhygienische Maßnahmen zur Krebsbekämpfung zu treffen. Bereits im Jahre 1927 wurde auf Veranlassung des Hamburger Amtsarztes, des Physikus Prof. SIEVEKING, der sog. " N a c h g e h e n d e K r a n k e n h i l f s d i e n s t " ins Leben gerufen. SIEVEKING setzte mit dieser Institution den Gedanken in die Tat um, die Krebsbekämpfung nicht nur als ärztlich-menschliches und medizinisch-wissenschaftliches, sondern zusätzlich auch als sozialhygienisches und wirtschaftliches Problem anzusehen. Seine Ideen wurden zunächst auf Privatinitiative und mit Privatmitteln einflußreicher Persönlichkeiten durchgeführt. Jedoch konnten die mit der steigenden Zahl der Hilfsbedürftigen wachsenden Anforderungen nicht mehr erfüllt werden, so daß diese Aufgaben seit dem Jahre 1931 staatlich durch das Gesundheitsamt bzw. später durch die Gesundheitsbehörde getragen wurden.
Dem "Nachgehenden Krankenhilfsdienst" der Gesundheitsbehörde werden auf einer "Tumorkarte" von den behandelnden Krankenanstalten und Fachärzten die Erkrankten mit persönlichen und ausführlichen klinischen Daten gemeldet. An Hand dieser sorgfältig geführten und beobachteten Karteikarten werden

die Patienten einerseits zu regelmäßigen Nachuntersuchungen in der jeweiligen Klinik angehalten, andererseits werden ihnen von den dafür hauptamtlich tätigen Fürsorgerinnen aufmerksam und umfassend soziale und wirtschaftliche Hilfen zugeleitet.

In dem von der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf behandelten und so laufend kontrollierten Personenkreis wurde in Untersuchungen, die im Jahre 1954 auf Veranlassung von SCHUBERT durchgeführt wurden, die außergewöhnlich wichtige Beobachtung gemacht, daß nämlich Frauen aus wirtschaftlich guten Verhältnissen mit Kollum-Karzinomen um 16% b e s s e r e Heilungschancen besitzen als Frauen aus einem schlechteren sozialen Milieu, ohne daß unterschiedliche Progredienzstadien oder eine abweichende Behandlung als Einwand für die besseren Heilungschancen geltend gemacht werden konnten. Ähnliche Beobachtungen lagen bereits von KIRCHHOFF und anderen erfahrenen älteren Klinikern vor (vergl.Kap.III). Ärztlich und sozialpolitisch gesehen konnte es nicht gleichgültig sein, wenn ein größerer Teil der wirtschaftlich schlechter gestellten Frauen an ihrer Krebserkrankung zugrundegeht. Es muß als unwidersprechlich persönliches Verdienst von SCHUBERT angesehen werden, daß durch seine Initiative und mit Nachdruck in Hamburg unverzüglich entsprechende Konsequenzen aus diesen klinischen und biologisch zu begründenden Feststellungen getroffen wurden. So wurden für alle krebskranken Frauen nach Abschluß der Behandlung eine mehrwöchige Sanatoriums- oder Heimbetreuung geplant. Entsprechende Vorschläge fanden bei der Hamburger Sozialbehörde außerordentliches Verständnis. In den folgenden Verhandlungen mit der Sozialbehörde und den Trägern des Versicherungswesens gelang es in unverhältnismäßig kurzer Zeit, die räumlichen und finanziellen Voraussetzungen für derar-

tige G e n e s u n g s k u r e n zu schaffen.

Bereits am 1. November 1954 wurde das Erholungsheim "Villa Waldfrieden", das sich im Besitz der mildtätigen Stiftung der Hamburger Blindenanstalten befand, mit krebsbehandelten Frauen aus der Universitäts-Frauenklinik belegt und von dieser Klinik auch ärztlich betreut.

Im Juli 1955 waren alle als Kostenträger in Frage kommenden RVO- und Ersatzkassen sowie die Fürsorgeverbände und der Hamburger Landesverband für Krebsbekämpfung zu einer allgemeinen Genesungsverschickung für Frauen mit Genitalkarzinomen bereit.
Zwei Forderungen SCHUBERTs vermochten in den Verhandlungen überzeugend das eigene Interesse der Krankenkassen anzusprechen:

1. Zur Vorbereitung der Arbeitsfähigkeit ist es günstiger, die notwendige Nachbehandlung in den weniger kostspieligen Genesungsheimen als in den großen Kliniken durchzuführen. Der Krankenhausaufenthalt kann also abgekürzt und verbilligt werden.
2. Eine Genesungsverschickung scheint berechtigt zur Verhütung von Rezidiven und als Vorsorge vor einem erneuten Versicherungsfall.

So kommen heute für eine Genesungsverschickung überwiegend Frauen mit Genitalkarzinomen in Betracht, bei denen begründete Aussicht auf Heilung besteht, für die ferner durch den Genesungsaufenthalt eine Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes oder Vorsorge vor einem erneuten Rückfall und ganz allgemein ein besserer Heilungserfolg zu erwarten sind. Zunehmend sollen aber auch solche Patientinnen in den Genuß der Genesungsverschickung kommen, bei denen

man sich trotz dubiöser Prognose eine vorübergehende Stärkung verspricht.
Der Umfang der Verschickung krebskranker Männer ist gering; er erfolgt in die Genesungsabteilung Reinfeld der L V A Hamburg.

Die von den Ärzten der Krankenhäuser für die Einweisung in ein Genesungsheim vorgesehenen stationär behandelten Frauen werden der Krankenhaus-Fürsorgerin, Patientinnen der nachgehenden Krebsfürsorge hingegen und der Ärzte der freien Praxis den Fürsorgerinnen des Nachgehenden Krankenhilfsdienstes gemeldet.
Die Anträge auf Verschickung enthalten kurze Gutachten der behandelnden Ärzte sowie von den Fürsorgerinnen ermittelte Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Patienten, deren Kassenzugehörigkeit und Kassenbeanspruchung. Diese Akte wird dem Vertrauensärztlichen Dienst der LVA Hamburg zugeleitet. Diese von dieser Zentralstelle erstatteten vertrauensärztlichen Gutachten werden den jeweiligen Versicherungsträgern direkt oder bei auswärtigen Patientinnen, Selbstzahlern und mittellosen Nichtversicherten über die zuständige Fürsorgerin den Kostenträgern zur Klärung der Kostenübernahme ohne eine erneute Untersuchung zugeleitet. Dieser Dienstweg läßt sich bis zur Einberufung in ein Genesungsheim meist innerhalb von 14 Tagen durchführen. Die LVA Hamburg übernimmt zentral ebenfalls die Verteilung und Einweisung der Patientinnen in die Heime, die von der "Vereinigung zur Fürsorge für Krebsgenesende e.V." in Hamburg finanziert und verwaltet werden.
Derzeitig stehen in Hamburg 4 Genesungsheime mit insgesamt 135 Kurplätzen zur Verfügung. Die Zahl der bis Mitte 1961 durchgeführten Verschickungen beträgt ca. 5 500.

Tab. 5 Genesungsheime der "Vereinigung zur Fürsorge für Krebsgenesende e.V." in Hamburg.

Eröffnung:	Ort:	Kurplätze:
Nov. 1954 (- März 61)	Ratzeburg	(20)
Juni 1955	Reinfeld	20
Nov. 1956 (- Juni 59)	Grömitz/Ostsee	(25)
Juni 1959	Schnede/Lün.Heide	35
Juli 1959	Lehmrade/b.Mölln	40
März 1961	Travemünde	40
Stand August 1961	4 Kurheime	135 Kurplätze

Im Gegensatz zu Einrichtungen in manchen anderen Bundesländern sind diese Heime in Hamburg eigens für rekonvaleszente Karzinompatientinnen bestimmt. Ursprüngliche Bedenken gegeh eine Zusammenfassung von Krebspatientinnen waren bereits wenige Monate nach Beginn der Verschickungen zerstreut. Sowohl von seiten der regelmäßigen ärztlichen Besucher als auch von seiten der leitenden Schwester, deren menschliches Niveau für das seelische Milieu der Heime von entscheidender Bedeutung ist, wurde niemals eine anhaltende Verstimmung bestimmter Krankengruppen festgestellt. Diese Spezialheime mit gezieltem Aufgabenbereich haben sich in Hamburg bewährt.
Im Hinblick auf Einrichtung und Zusammenleben wurde auf besondere Anregung von SCHUBERT bewußt auf eine Gestaltung zu familiärem Charakter Wert gelegt, um die Patientinnen voll aus der hinter ihnen liegenden Krankenhausatmosphäre zu lösen. Während der Zeit des Aufenthaltes werden die Patientinnen mit einer schmackhaften, leicht verdaulichen, vitaminreichen Kost ernährt. Im Rahmen der Hausordnung wird Wert gelegt auf Ruhezeiten im Wechsel mit Bewegung in fri-

scher Luft bei Spaziergängen oder Spielen. Im Interesse einer positiven Stimmungslage ist für ausreichende Zerstreuung und für eine erhöhte Zuwendung zur Umwelt durch gemeinsame Spiele, durch Zeitschriften, Rundfunk und Fernsehen Sorge getragen. Weiter wurde die Möglichkeit geschaffen, unter Obhut der auf einer klinischen Strahlenabteilung ausgebildeten Schwester Folgezustände und Beschwerden, die sich aus der vorangegangenen Krankenhausbehandlung ergeben, an Blase und Darm mit Lebertraninstillationen zu behandeln. Alle diese Maßnahmen sind mit einer weitgehenden Reduzierung der Arzneimittel auf Linderung der lokalen Beschwerden, auf Hebung der Entgiftungsfunktionen, auf Ausgleich des Vitaminmangels, auf Funktionsverbesserung der Leber, auf Stabilisierung des Kreislaufs und auf ein günstiges seelisches Milieu ausgerichtet.

In Bemühungen um konkret faßbare Erfolge dieser Verschikkungsaktion konnte Schuberts Mitarbeiter BERTRAM 1957 k e i n e n Unterschied zwischen Leistungsziffern einer Patientengruppe eines Behandlungszeitraumes ohne Verschickung verglichen mit einer Patientengruppe eines Behandlungszeitraumes mit Verschickung feststellen:
Mit 63,7% gegenüber 63,0% sind die Ergebnisse nach gleich langer Beobachtungszeit von 1-3 Jahren praktisch gleich hoch.

Ebenso konnte HEYDE bei einer Aufgliederung aller Verschickten je nach Kassenzugehörigkeit einen Einfluß des sozialen Milieus n i c h t feststellen.
Als E r f o l g weisen indes beide Autoren auf das anhaltende positive Gewichtsverhalten und die bei der Betreuung Krebskranker so wichtige Stimmungslage hin. Das beobachtete und in diesem Zusammenhang angeführte Krankengut ist jedoch sehr heterogen zusammengesetzt, die Anzahl der Beobachteten jeweilig gering und die Beobachtungszeit sehr kurz.

VI. Handhabung, Umfang und Erfolge der Genesungsverschickung in anderen Ländern der Bundesrepublik.

Um die Handhabung, den Umfang und die Erfolge der Genesungsverschickung in den übrigen Bundesländern festzustellen und vergleichend darzustellen, erfolgte im Juni 1959 folgende U m f r a g e an die Landesverbände für Krebsbekämpfung. Einige wenige Anfragen blieben unbeantwortet.

1. Wieviele Kurplätze stehen dem Land für eine Genesungsverschickung insgesamt zur Verfügung?
2. Erfolgt die Genesungsverschickung in dafür eingerichtete Spezialheime oder in allgemeine Heime des Müttergenesungswerkes und der freien Wohlfahrtsverbände?
3. Nach welchen Gesichtspunkten erfolgt die Auswahl der Patienten?
4. Nach welchem Verfahren erfolgt die Einweisung der Patienten (Krankenhaus, Fürsorge, vertrauensärztlicher Dienst)?
5. Wie erfolgt die Kostenregelung und wer kommt als Kostenträger in Frage?
6. Wie hoch belaufen sich etwa die Kosten für eine Genesungskur pro Patient?
7. Wie groß ist die Anzahl der bis zum 31. 12. 1958 verschickten Patienten?
8. In welchem Verhältnis stehen annäherungsweise die verschickten zu den nichtverschickten Patienten?
9. Wie lange dauert im Durchschnitt eine Genesungsverschickung?
10. Wie wird die medizinische Betreuung während der Genesungsverschickung gehandhabt?
11. Wie wird der Kurerfolg beurteilt? Liegen klinisch oder statistisch auswertbare Erfahrungen oder Abschlußberichte vor?
12. Wird eine wirtschaftliche Unterstützung während der Behandlung und der folgenden Genesungsverschickung gewährt (Pflegegeld, Kinderpflege, Haushaltshilfe) ?

13. Liegen Literaturhinweise oder Veröffentlichungen über die Genesungsfürsorge und Besonderheiten der Genesungsverschickung vor?

Die A r t und die A n z a h l der zur Verfügung stehenden Kurplätze ist in den einzelnen Bundesländern recht verschieden.
Der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen stehen für die Durchführung von Nachkuren 15 N a c h k u r h e i m e zur Verfügung, die von der Arbeitsgemeinschaft selbst eingerichtet sind. Eine Unterbringung in Müttergenesungsheimen kommt nur gelegentlich, und zwar auf besonderen Wunsch weniger Kliniker, in Frage. Es ist angestrebt, die Heime in ihren Betreuungsmöglichkeiten zu d i f f e r e n z i e r e n in solche mit nur guter Allgemeinbehandlung und andere, die verstärkt klinischen Charakter tragen.

In Schleswig-Holstein, Berlin, Bremen, Niedersachsen und Baden-Württemberg werden die Genesungskuren in H e i m e n des M ü t t e r g e n e s u n g s w e r k e s und der freien Wohlfahrtsverbände durchgeführt, vereinzelt in krankenkasseneigenen Heimen.

In Niedersachsen stehen, seit Juli 1954 beginnend, nunmehr laufend 70 Kurplätze zur Verfügung. Darüberhinaus wurde im Februar 1959 mit dem "Haus Deisterhort" ein besonderes G e n e s u n g s k r a n k e n h a u s mit 150 Betten in Betrieb genommen, um durch eine weitgehend internistisch-klinische Nachbehandlung eine schnellere Gesundung herbeizuführen, und um gleichzeitig die großen Kliniken dadurch zu entlasten.
Besondere Erholungsheime für rekonvaleszente Krebskranke sind zur Zeit der Umfrage auch in Schleswig-Holstein, Berlin und Baden-Württemberg konkret geplant gewesen.

Die A u s w a h l der zu verschickenden Patientinnen erfolgt grundsätzlich nach ä r z t l i c h e n Gesichtspunkten, möglichst unmittelbar im Anschluß an die erste Klinikbehandlung.
Das V e r f a h r e n für die Einweisung der Patientinnen zu einer Genesungskur wird eingeleitet auf Vorschlag und mit einem Antrag der behandelnden Ärzte in der Klinik oder der freien Praxis. Dieser ärztliche A n t r a g enthält einen ausführlichen klinischen Befundbericht, der durch die Fürsorgerin nach der sozialen und wirtschaftlichen Situation hin ergänzt wird.
Die E n t s c h e i d u n g über die Vermittlung der Kur wird von unterschiedlichen Instanzen gefällt: Während in Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein A m t s ä r z t e des Gesundheitswesens die Anträge überprüfen, nehmen in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen b e r a t e n d e Ä r z t e der Landesverbände für Krebsbekämpfung entscheidenden Einfluß auf die Auswahl zur Verschickung.
In k e i n e m Falle ist zusätzlich der vertrauensärztliche Dienst mit einer Kontrolluntersuchung in das Verfahren eingeschaltet.
In Schleswig-Holstein ist maßgeblich für die Einweisung der Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Vertriebene vom 15. 5. 1956, durch den insbesondere die ärztliche Schweigepflicht weitgehend geschützt wird (REUTER). Der zuständige Amtsarzt bekommt vom Krankenhaus persönlich eine vertrauliche Mitteilung über den Krebskranken mit einer Stellungnahme, ob und gegebenenfalls welche "fürsorgerischen Maßnahmen im Sinne des Runderlasses des Sozialministers vom 15. 5. 1956" notwendig sind. Der Amtsarzt schlägt darauf folgend die von ihm für erforderlich gehaltenen "Maßnahmen im Sinne des Runderlasses" dem

Bezirksfürsorgeverband vor mit der Bitte, die Kosten zu übernehmen bzw. deren Übernahme in die Wege zu leiten. Durch diesen Passus kann der Bezirksfürsorgeverband in Aktion treten, ohne daß ihm die Diagnose ausdrücklich bekanntgegeben wird. In Nordrhein-Westfalen werden die Antragsgutachten der behandelnden Ärzte zunächst zur Klärung versicherungsrechtlicher Fragen (Kassenzugehörigkeit, Belastung des zuständigen Rentenversicherungsträgers, bisher durchgeführte Heilmaßnahmen) den zuständigen Versicherungsträgern zugeleitet, welche die Unterlagen entsprechend vervollständigen. Die Akte bekommt die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung. Nach Stellungnahme des ärztlichen Beraters der Arbeitsgemeinschaft erfolgt von hier aus die Einweisung des Kranken in ein geeignetes Kurhaus.

Die D a u e r einer Genesungskur beträgt in der Regel 4 Wochen. Die Möglichkeit einer Verlängerung um noch 2 weitere Wochen und eine beliebige Wiederholung nach ärztlicher Indikation ist angestrebt. In Nordrhein-Westfalen dauern bereits heute die Kuren regelmäßig 6 Wochen, können auf ärztlichen Antrag verlängert werden und später beliebig wiederholt werden.

Der K o s t e n a u f w a n d für eine Kur von 6 Wochen beträgt DM 630.-- bis DM 700.--. Für eine 4 wöchige Kur in allgemeinen Heimen des Müttergenesungswerkes sind DM 250.-- bis DM 300.--, für eine 4 wöchige Kur in Heimen mit mehr klinischem Charakter DM 400.-- bis DM 450.-- aufzubringen.

Als K o s t e n t r ä g e r kommen im allgemeinen die RVO - Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger in Frage. Darüberhinaus treten bei Nichtversicherten und Nichtmehr-Versicherten Eigenmittel oder Mittel der freien

Wohlfahrtsverbände und Landesmittel durch die Fürsorgeämter in Zahlung. Bei Erschöpfung dieser Mittel kommen Gelder der Landesverbände für Krebsbekämpfung in Frage, die durch Beiträge der Sozialversicherungsträger, des Landes, der Städte und der Gemeinden, durch Beiträge der Fürsorgeverbände, ärztlicher Berufsorganisationen und der Einzelmitglieder aufgebracht werden. Diese Kostenregelung ist in Bayern, Württemberg, Bremen und Schleswig-Holstein mit unterschiedlicher Beteiligung der genannten in Frage kommenden Kostenträger üblich. In Berlin trägt den Hauptteil der Kosten die Senatsverwaltung für Gesundheitswesen; Krankenkassen und Firmen beteiligen sich durch Zuschüsse.

In Niedersachsen hingegen übernimmt die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung die Kostengarantie für alle durchgeführten Genesungsverschickungen. Die Rentenversicherungsträger geben globale Zuschüsse an die Arbeitsgemeinschaft, ebenso das Niedersächsische Sozialministerium. Die Krankenkassen beteiligen sich auf die regelmäßig gestellten Anträge hin mit Zuschüssen in verschiedener Höhe, die meist 2-4 DM pro Tag betragen.

In Nordrhein-Westfalen trägt die Kosten für sämtliche Nachkuren die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, die ihren Etat unter jeweiliger anteilmäßiger Belastung der einzelnen Versicherungsträger jedes Jahr feststellt. Die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen ist ein organisatorischer Zusammenschluß der sozialen Krankenkassen, der Landesversicherungsanstalten und der Ruhrknappschaft. Diese Arbeitsgemeinschaft ergänzt die ärztlich geleitete Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten in sinnvoller Weise. Die Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen in der Arbeitsgemeinschaft mit erstaunlich geringem Aufwand und in großzügiger Auslegung der Richtlinien gestattet eine

Regelung und eine Verlagerung der Kostenübernahme ohne Wissen des Patienten. Mit Beteiligung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten, der Sozialkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Landesverbände ist es in Nordrhein-Westfalen beispielhaft gelungen, die gesamte Bevölkerung - ob versichert oder ob nicht versichert - soweit sie an einem Karzinom erkrankt ist, in fürsorgerisch-therapeutischer und sozialer Hinsicht zu versorgen (SPOHR). Auf diese Regelung wird ausdrücklich in der Denkschrift des DZA für Krebsbekämpfung vom Juli 1958 hingewiesen.

Auf die Frage nach der A n z a h l der bisher durchgeführten Genesungsverschickungen war nicht von allen antwortenden Landesverbänden eine Auskunft zu erhalten, weil die Verschickungen nicht sämtlich zentral registriert wurden. In Schleswig-Holstein wurden in den Geschäftsjahren 1957 und 1958 je etwa 450-500 Patientinnen verschickt; in Bremen im Jahre 1958 240 Patientinnen. In Niedersachsen wurden von Juli 1954 bis März 1959 insgesamt 2 563 Kuren durchgeführt, die Frequenz der letzten Jahre dürfte schätzungsweise bei 600-700 Kuren pro Jahr liegen. In Württemberg wurden in den genannten Jahren jährlich etwa 60 Kuren vom Landesverband für Krebsbekämpfung finanziert, weitaus mehr Patientinnen dürften durch die Krankenkassen in diesem Lande verschickt worden sein. Imponierend sind die Zahlen aus Nordrhein-Westfalen: Von 1956-1958 wurden insgesamt 6 311 Genesungskuren durchgeführt, 1959 stieg die Anzahl der Verschickungen auf 5 272 und 1960 auf 6 909 Kuren pro Jahr.

Leider konnte in keinem Falle eine Angabe über das V e r h ä l t n i s der Verschickten zu den Behandelten gemacht werden, da für Krebskrankheiten keine Meldepflicht besteht. Diese Prozentzahlen würden einen besseren Einblick in den

Umfang der Genesungsverschickung geben als die genannten Absolutzahlen.

Die m e d i z i n i s c h e B e t r e u u n g erfolgt je nach dem Charakter der Heime in täglicher oder wöchentlicher Kontrolle durch hauptamtlich oder nebenamtlich tätige Heimärzte. In großen Kliniken ausgebildete Schwestern sorgen für die allgemeine und die lokale Pflege der Genesenden. Klinische Laboratorien mit Hilfskräften finden sich nur in wenigen Häusern, die nach Art von Nachbehandlungskrankenhäusern eingerichtet sind. Über solche Heime verfügen Bremen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen.

Die Antworten auf die Frage nach der w i r t s c h a f t l i c h e n U n t e r s t ü t z u n g in Form von Pflegegeld, Kinderpflege und Haushaltshilfen während der Behandlung und ebenso während einer folgenden Genesungsverschickung sind dahingehend zu verstehen, daß die Landesverbände für Krebsbekämpfung nur dann diese Pflichten übernehmen, wenn die Versicherungsträger oder die Bezirksfürsorgeverbände keine Übergangsgelder und Unterstützungen zahlen. Demnach dürften grundsätzlich doch die wirtschaftlichen Verhältnisse auch während einer Nachkur gesichert sein. Einen genauen Einblick in die zu gewährenden Unterstützungen ergaben die Regelungen in Nordrhein-Westfalen. Bei Sozialversicherten wird ebenso wie bei stationärer Behandlung eine wirtschaftliche Hilfe in Form des H a u s g e l d e s von den Sozialkassen für die gesetzliche Zeit gewährt, anschließend von der Arbeitsgemeinschaft, solange ein Stillstand oder eine Besserung des Leidens zu erwarten sind; bei Pflegefällen treten die Landschaftsverbände der Fürsorge ein. Bei Nichtversicherten übernehmen die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen wirtschaftliche Hilfeleistungen im Rahmen der fürsorgerechtlichen Bestimmungen. Darüberhinaus kann die Gesellschaft zur

Bekämpfung der Krebskrankheiten und der Westfälische Lupusverein für Krebs- und Lupusbekämpfung eine finanzielle Beihilfe in besonderen Härtefällen übernehmen.
Ebenso wie die Nachkuren trägt die Arbeitsgemeinschaft bei sozialversicherten die Kosten sog. Ü b e r g a n g s - gelder gemäß §§ 1241 RVO, 18 AVG, 40 RKG in Verbindung mit §§ 1305/06 RVO, 84/85 AVG, 97 RKG, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen, d. h. mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, daß eine Besserung der Erwerbsfähigkeit möglich ist.
Für Versicherte, die nur krankenversichert sind, also keine Beiträge zur Rentenversicherung entrichten, aber einen Anspruch auf die Barleistungen ihrer Kasse haben, kann für die Dauer einer Nachkur nur das satzungsgemäße Hausgeld bewilligt werden.
Ein großer Teil der Patienten sind Familienangehörige, insbesondere Mütter. Hier wird in vereinzelten Fällen H a u s h a l t s h i l f e und K i n d e r g e l d gezahlt. Auch kommt für die Schonzeit nach Abschluß einer stationären Behandlung die Gewährung einer Beihilfe für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe, einer Ersatzkraft, einer Putz- oder Waschfrau in Frage. Diese Hilfen sind von den behandelnden Ärzten zu beantragen und durch die Fürsorgeämter mit einem Bericht über die Familien- und Einkommensverhältnisse sowie einer Stellungnahme, inwieweit nach den fürsorgerechtlichen Grundsätzen Aufwendungen für erforderlich gehalten werden, zu ergänzen. Als Kostenträger kommt ebenfalls die Arbeitsgemeinschaft in Frage.

Die B e u r t e i l u n g der K u r e r f o l g e geschieht überwiegend durch allgemeine ärztliche Abschlußgutachten. Daraus geht eine grundsätzliche sehr eindrucksvolle Hebung des Allgemeinbefindens und damit sicher eine gute Festigung des klinischen Behandlungserfolges einher. Die Frauen

beenden die Kuren viel frischer, gut gekräftigt und seelisch gelockert.
Von 1105 Kuren, die in Niedersachsen in den Jahren 1954 bis 1956 an Karzinompatienten mit Erkrankungen unterschiedlicher Lokalisation und Ausbreitung durchgeführt wurden, waren die unmittelbaren Kurerfolge nach PRENZEL in 70,5% mit "gut", in 18,4% mit "ausreichend" und in 11,1% mit "nicht ausreichend" zu beurteilen.
Von 294 Patientinnen, die in den Jahren 1954-1956 in der Universitäts-Frauenklinik Göttingen wegen Kollum-Karzinomen behandelt wurden, waren anschließend 208 (= 71%) Patientinnen im Rahmen umfassender zusatztherapeutischer Maßnahmen verschickt worden. Die Beurteilung der Kurerfolge geht aus Tabelle 6 hervor (BILLICH).

Tab. 6 Kurerfolge in den Müttergenesungsheimen bei 208 Patientinnen mit Ca - Colli (1954-1956), Universitäts-Frauenklinik Göttingen (n. BILLICH).

Ca-Colli:	Kurerfolge:			
	gut	befriedigend	mäßig	schlecht
I = 78 Fälle	70,5%	16,6%	10,4%	2,5%
II = 59	66,1%	22,0%	8,4%	3,4%
III = 69	52,2%	21,7%	13,0%	13,1%
IV = 2	(50,0%)	(50,0%)	-.-	-.-
208 Fälle	63,0%	20,2%	10,4%	6,2%

In einem Vergleich der jährlichen Absterbeordnung von 404 Patientinnen ohne Zusatztherapie (1950-1951) und 294 Patientinnen mit umfassender interner Zusatztherapie sowie Genesungskuren (1954-1956) gibt BILLICH für die jährliche Absterbeordnung Differenzzahlen zwischen 1,6% und 9,9% an (Tab. 7).

Tab. 7 Differenzzahlen unterschiedlicher Absterbeordnungen für 404 Pat. o h n e (1950-1951) gegenüber 294 Pat. m i t Zusatztherapie sowie Genesungskuren (1954-56) Universitäts-Frauenklinik Göttingen (n. BILLICH).

Stadium	Differenz für 1 Jahr	für 2 Jahre
I	9,9 %	7,6 %
II	5,3 %	8,3 %
III	1,6 %	1,9 %

In einer kritischen Betrachtung zu fortlaufenden Laboruntersuchungen bei gynäkologischen Karzinomen, die vor, während und nach der klinischen Behandlung und für einen Teil der Fälle auch vor und nach einer Nachbehandlung rekonvaleszenter Patientinnen in den sog. "Klimastationen" der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurden, werden Werte über Blutbildveränderungen, Blutsenkungsreaktionen, Gesamteiweiß- und Elektrophoreseverschiebungen berichtet (BOCKISCH und H.-J. SCHUBERT). In Auswertung der Ergebnisse bei 206 durchgeführten Verschickungen von je 12 Wochen, 3 Monate nach Entlassung aus klinischer Behandlung mit weitergeführter zusätzlicher Therapie nach Norderney und Ebenhausen bei München, kommen die Untersucher zu folgenden Ergebnissen: Zu Beginn der Kur ist bei den Hämoglobinwerten und der Erythrozytenzahl eine erhebliche Vermehrung, dagegen das Gesamteiweiß nahezu unverändert und bei der Elektrophorese eine Tendenz zur Normalisierung festzustellen. Mit Ausnahme des Hämoglobins ist aber nach der Rückkehr von der Kur, verglichen mit den Werten vor der Kur, eine Verbesserung n i c h t zu finden. Die Autoren betonen jedoch,

daß trotz des scheinbaren Eindrucks der Einflußlosigkeit der Klimakuren auf die Heilungsvorgänge an Hand der Laboruntersuchungen, sie sich doch anlässlich der 3 Wochen nach Beendigung der Kur durchgeführten Nachuntersuchungen von einer erheblichen Verbesserung des Allgemeinzustandes überzeugen konnten. Sie erklären dies allein durch das Herauslösen aus dem heimischen Milieu, aus dem Wegfall schwerer körperlicher Arbeit und der seelischen Belastung der Hausfrau und Mutter. Sie halten einen Milieuwechsel im Anschluß an die das Allgemeinbefinden erheblich beeinträchtigende Strahlenbehandlung für dringend indiziert. Nach ihren Erfahrungen stellt diese Maßnahme eine sehr wirksame Unterstützung der Therapie der so häufig depressiven oder psychisch labilen Patientinnen dar.

V e r ö f f e n t l i c h u n g e n von Arbeiten über die Genesungsverschickung beziehen sich überwiegend auf Probleme und Umfang der wirtschaftlichen und fürsorgerischen Sicherung der Patientinnen (SPOHR, SCHULTZE-RHONHOF; REUTER, KRUMWIEDE u. a.); sehr zurückhaltend sind die Berichte über konkret faßbare Ergebnisse und Erfolge in medizinischer Hinsicht, wenn man von dem Eindruck eines erheblich verbesserten Allgemeinbefindens absieht.

VII. Der Einfluß einer auswahlsweisen Genesungsverschickung auf die Prognose der Kollum-Karzinome an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf.

In den Jahren 1951-1958 wurden 845 Patientinnen mit Kollum-Karzinomen der Stadien I, II und III in der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. G. SCHUBERT auf den A l l g e m e i n s t a t i o n e n behandelt. Es soll an diesem Krankengut untersucht werden, inwieweit die seit dem Jahre 1955 (im November 1954 schon beginnende) systematisch durchgeführte auswahlsweise Genesungsverschickung rekonvaleszenter Krebskranker Einfluß auf die Prognose dieser Krebsleiden nimmt.

Das genannte Krankengut umfaßt nicht die Privatpatientinnen, nicht solche Patientinnen, welche anbehandelt von anderen Krankenanstalten zur Weiterbehandlung überwiesen wurden und nicht Kollum-Karzinom-Kranke der Stadien 0 und IV.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Karzinombücher der Klinik durchgesehen. Ihnen konnten Vermerke über die klinische und histologische Diagnose, über die Erstbehandlung und gegebenenfalls die Rezidivbehandlung, sämtliche Nachuntersuchungsbefunde sowie Lebens- und Sterbenachrichten entnommen werden. Zur Ergänzung und Überprüfung der Erstdiagnose, der Gruppeneinstufung und der übrigen Angaben wurden kontrollierend die Krankenblätter aller erfaßten Patientinnen herangezogen.

Der Nachgehende Krankenhilfsdienst der Freien und Hansestadt Hamburg veranlaßte die Bestellung der Patientinnen zu den regelmäßigen Nachuntersuchungen. Auch das Schicksal der Verstorbenen und Verschollenen konnte über diese Dienststelle der Gesundheitsbehörde aufgeklärt werden.

T h e r a p e u t i s c h kamen für die Patientinnen der Gruppen I-III entweder die Strahlenbehandlung, die Radikaloperation oder beides in Betracht. Die Radikaloperation wurde vorwiegend bei Patientinnen der Gruppe I ausgeführt, sofern diese im Hinblick auf den körperlichen Allgemeinzustand gut operabel waren und nicht noch weitere konsumierende Krankheiten aufwiesen. Es wurde in der von Wertheim angegebenen Weise vorgegangen mit Revision der Lymphknoten im kleinen Becken. 3-6 Wochen nach der Operation folgte grundsätzlich eine Röntgen-Nachbestrahlungsserie.
Die alleinige Strahlentherapie wurde bei sämtlichen Patientinnen der Gruppen II und III und den Nichtoperierten der Gruppe I ausgeführt. Die Operierten erhielten im allgemeinen nur die perkutane Rö-Nachbestrahlung.
Bei der vollständigen Strahlentherapie wurde in der von MARTIUS angegebenen und an der Hamburger Universitäts-Frauenklinik modifizierten Weise vorgegangen, die beim Kollum-Karzinom der Gruppe III als Kombination von intracervicaler und intravaginaler Radiumeinlage, Intravaginalbestrahlung mit dem Körperhöhlenrohr und der Perkutanbestrahlung mit 200 kV Röntgenstrahlen bestand. Die Gesamtstrahlenmenge wurde jeder Patientin individuell bemessen und in hochfraktionierten Einzeldosen verabfolgt.
Bei Patientinnen, die mit rezidivierten und weit fortgeschrittenen Karzinomen erneut in Behandlung kamen, wurde in der Regel noch ein weiterer Behandlungsversuch mit der Strahlentherapie, insbesondere mit ultraharten Röntgenstrahlen eines 15 MeV-Betatrons gemacht.
Bei besonders adipösen Patientinnen, bei solchen, bei denen die Anwendung des Körperhöhlenrohres technisch nicht möglich war, und bei Patientinnen mit ungünstig fixierten Darmschlingen, schien die primäre Anwendung der Supervoltstrahlen selektiv zusätzlich zur Radiumapplikation gerechtfertigt. In den Jahren 1956-1958 wurden nur diese besonders

ungünstig gelagerten Fälle der Supervolttherapie zugeführt. Ihr Anteil betrug bei den Kollum-Karzinomen der Gruppe III weniger als 20% (OBERHEUSER).
Die weitere Therapie erstreckte sich auf die üblichen Palliativmaßnahmen, wozu auch die Behandlung mit Cytostatika zählt.

Zur Beurteilung des Einflusses einer auswahlsweisen Genesungsverschickung auf die Prognose der Kollum-Karzinome wurde m e t h o d i s c h so vorgegangen, daß in parallelen Untersuchungen 2 mal 4 Jahrgänge vergleichend bis jeweils zu einem bestimmten Termin beobachtet werden:
die Jahrgänge 1951-1954 bis zum 31. 12. 1956, dagegen die Jahrgänge 1955-1958 bis zum 31. 12. 1960, d.h. in gleichlangen Zeiträumen von 5, 4, 3 und 2 Jahren.
Nur jeweils für die Jahrgänge 1951 und 1955 ist es im Rahmen dieser Studie möglich, die relativen Fünfjahresleistungsziffern miteinander zu vergleichen. Für die übrigen Jahrgänge können lediglich parallele Aussagen über die relativen 4-, 3- und 2- Jahres-Leistungen gemacht werden. Die die Jahrgänge 1955-1958 umfassende zweite Patientengruppe wurde auswahlsweise zu 57% verschickt, die erste hingegen zu weniger als 6%.
Es wird bewußt darauf verzichtet, nicht-verschickte Patientinnen Gruppen verschickter Patientinnen gegenüberzustellen, da nur solche Patientinnen verschickt würden, bei deren Leiden mit einer bedingt guten Prognose gerechnet werden konnte.

Die A u f s c h l ü s s e l u n g des Patientengutes nach Behandlungsjahren und Ausbreitungsgrad des Karzinoms ergibt das folgende Bild. Die in () angeführten Ziffern geben die Absolutzahlen der verschickten Patientinnen an:

Jahr:	Gruppe I:	Gruppe II:	Gruppe III:
1951	20 (-)	24 (-)	42 (-)
1952	48 (4)	18 (1)	58 (-)
1953	38 (-)	22 (-)	60 (-)
1954	37 (12)	21 (-)	54 (-)
1955	21 (10)	15 (6)	61 (26)
1956	20 (12)	8 (4)	67 (30)
1957	30 (24)	17 (10)	49 (30)
1958	23 (13)	9 (9)	83 (54)

Der Anteil der v e r s c h i c k t e n Patientinnen absolut und prozentual bezogen auf die Anzahl der behandelten Patientinnen geht aus Tab. 8 hervor.

Tab. 8 Anzahl und Anteil der verschickten Patientinnen mit Kollum-Karzinomen der Gruppen I-III an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1955 - 1958

Jahr:	Gruppe I:	Gruppe II:	Gruppe III:
1955	10 = 47,5%	6 = 40,0%	26 = 42,5 %
1956	12 = 60,0%	4 = 50,0%	30 = 45,0 %
1957	24 = 80,0%	10 = 58,5%	30 = 61,0 %
1958	13 = 56,5%	9 =100,0%	54 = 65,0 %
1955 - 1958	59 = 61,0%	29 = 62,0%	140 = 53,5 %

Tab. 9 Vergleichende Gegenüberstellung der relativen Leistungsziffern

A) vor Einführung der Verschickung

B) mit auswahlsweiser Verschickung

Vergleichsjahrgänge:	Gruppen:	I	II	III
A: 1951		75,0%	37,5%	31,0 %
B: 1955		76,0%	40,0%	37,5 %
Leistungsdifferenz nach 5 Jahren:		+ 1 %	+ 2,5%	+ 6,5%
A: 1952		85,5%	77,5%	60,0 %
B: 1956		90,0%	50,0%	46,5 %
Leistungsdifferenz nach 4 Jahren:		+ 4,5%	(-27,5%)	- 13,5%
A: 1953		89,5%	72,5%	50,0 %
B: 1957		93,5%	76,5%	57,0 %
Leistungsdifferenz nach 3 Jahren:		+ 4 %	+ 4 %	+ 7 %
A: 1954		97,5%	81,0%	66,5 %
B: 1958		87,0%	89,0%	67,5 %
Leistungsdifferenz nach 2 Jahren:		(- 10,5%)	+ 8 %	+ 1 %

Die vergleichende Gegenüberstellung der relativen Leistungsziffern v o r Einführung der Verschickung und m i t auswahlsweiser Genesungsverschickung läßt eine nur sehr geringe Tendenz verbesserter Leistungen für die zweite Gruppe erkennen (Tab. 9).

In der Überlegung, daß interkurrenten Leiden erlegene, einschließlich der an unmittelbaren Therapiefolgen verstorbene Patientinnen k e i n Maßstab für den Einfluß einer Genesungsverschickung auf den Ablauf einer Karzinomkrankheit

sein können, sollen die Patientinnen gesondert verglichen werden, die ihrem K a r z i n o m erliegen. Wie ersichtlich (Tab. 10 und 11), verstarben an K a r z i n o m w e n i g e r Patientinnen der Behandlungsjahrgänge 1955-1958 als der Behandlungsjahrgänge 1951-1954, mit Ausnahme des III. Stadiums während der Jahre 1952 und 1956.

Tab. 10 Anzahl der Patientinnen, die jeweils innerhalb von 5 - 2 Jahren ihrem Karzinom erliegen, unter Angabe der verschickten in () an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1954 und 1955 - 1958

Jahrgang:	Stadium I:	Stadium II:	Stadium III:
A: 1951	3	12	26
1952	3	4	23
1953	3	5	29
1954	-	3	17 (1)
B: 1955	3 (3)	6 (3)	32 (11)
1956	1 (1)	2 (-)	33 (13)
1957	2 (2)	3 (2)	18 (12)
1958	-	1 (1)	25 (15)

Tab. 11 Relativer Anteil der innerhalb von 5 - 2 Jahren an K a r z i n o m verstorbenen Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1954 und 1955 - 1958

Jahrgang:	Stadium I:	Stadium II:	Stadium III:
A: 1951	15,0 %	50,0 %	62,0 %
1952	6,25%	22,2 %	39,6 %
1953	7,9 %	22,7 %	48,3 %
1954	-	14,3 %	31,5 %
B: 1955	14,3 %	40,0 %	52,5 %
1956	5,0 %	25,0 %	49,2 %
1957	6,6 %	17,6 %	36,7 %
1958	-	11,1 %	30,0 %

Einen Überblick über die unterschiedlich lange Überlebenszeit d e r Patientinnen der Gruppe A vor Einführung der Genesungsverschickung und der Gruppe B mit auswahlsweiser Genesungsverschickung, die jeweils innerhalb von 5 - 2 Jahren ihrem K a r z i n o m erliegen, gibt die graphische Darstellung der p r o z e n t u a l e n A b s t e r b e f r e q u e n z der in Tab. 10 erfaßten Patientinnen (Abb. 1-7).

Abb. 1

Zusammenfassende Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom I, welche innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen,

A: 1951 - 1953 8 Patientinnen

B: 1955 - 1957 5 Patientinnen

Abb. 2

Zusammenfassende Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom II, welche innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen,

A: 1951 - 1953 14 Patientinnen

B: 1955 - 1957 9 Patientinnen

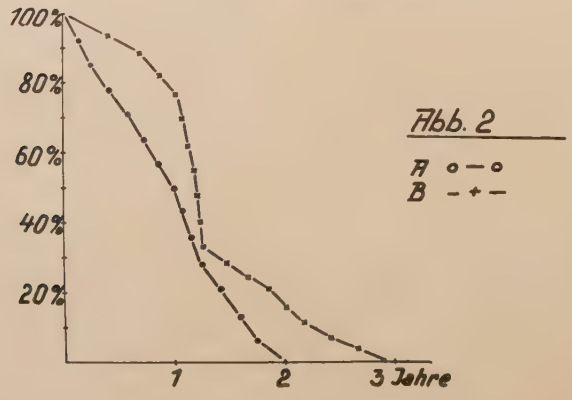


Abb. 3

Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, welche jeweils innerhalb von 5 Jahren ihrem Karzinom erliegen

A: 1951 26 Patientinnen

B: 1955 32 Patientinnen

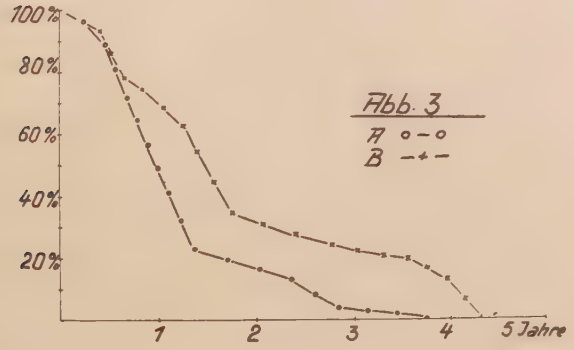


Abb. 4

Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, welche jeweils innerhalb von 4 Jahren ihrem Karzinom erliegen

A: 1952 23 Patientinnen

B: 1956 33 Patientinnen

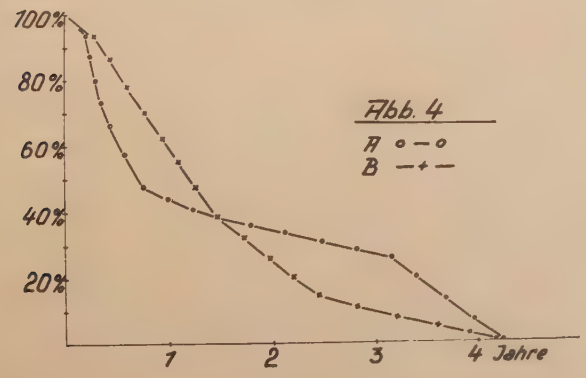


Abb. 5

Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, welche jeweils innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen

A: 1953 29 Patientinnen

B: 1957 18 Patientinnen

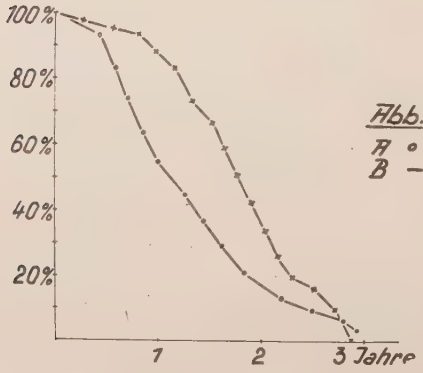
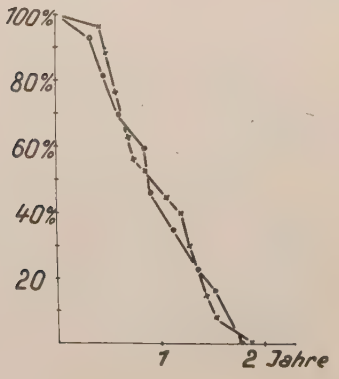


Abb. 6

Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, welche jeweils innerhalb von 2 Jahren ihrem Karzinom erliegen

A: 1954 17 Patientinnen

B: 1958 25 Patientinnen



Aus den Abbildungen ist erkennbar, daß Kranke, die auswahlsweise verschickt werden konnten, prozentual bezogen auf die Anzahl der Verstorbenen zu einem s p ä t e r e n Zeitpunkt ihrem Karzinom erlagen (ausnehmend Kollum-Karzinom-Patientinnen im III. Stadium der Jahre 1952 und 1956).

Hinsichtlich der D i f f e r e n z der prozentualen Absterbekurven scheinen die Kontrolltermine nach 12-24 Monaten besonders markant (Tab. 12).

Tab. 12 Differenz der prozentualen Absterbekurven der ihrem Karzinom erliegenden Patientinnen nach 12 - 24 Monaten

Vergleichsjahrgänge:	Kontrolltermin nach: 12 Monaten	18 Monaten	24 Monaten
A: 1951 / B: 1955			
Differenz der Verstorbenen:	+ 25,0 %	+ 28,7 %	+ 15,8 %
A: 1952 / B: 1956			
Differenz der Verstorbenen:	+ 11,1 %	=	- 11,5 %
A: 1953 / B: 1957			
Differenz der Verstorbenen:	+ 33,8 %	+ 32,3 %	+ 20,6 %
A: 1954 / B: 1958			
Differenz der Verstorbenen:	=	=	=

In einer Z u s a m m e n f a s s u n g mehrerer Jahrgänge wurden über einen Zeitraum von 3 Jahren insgesamt 337 Patientinnen mit Kollum-Karzinom III kontrolliert. Es sollen

die Absterbequote und die Absterbefrequenz einer Patientengruppe ohne Verschickung (A: 1951 - 1953) mit denen einer Patientengruppe mit auswahlsweiser Verschickung (B: 1955 - 1957) untersucht werden. Auf beide Untersuchungsreihen entfällt etwa eine gleiche Anzahl Patientinnen: 160 Patientinnen der Gruppe A vor Einführung der Genesungsverschickung stehen 177 Patientinnen der Gruppe B mit auswahlsweiser Verschickung gegenüber.

Innerhalb von 3 Jahren starben an Karzinom:

Gruppe A: 69 Patientinnen = 43,0 %,
Gruppe B: 72 Patientinnen = 40,5 %.

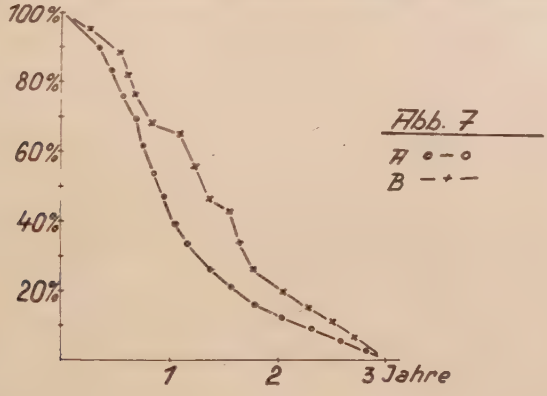
Die 3- J a h r e s l e i s t u n g der Gruppe B konnte somit gegenüber der bei der Gruppe A in früheren Jahren ohne Verschickung erzielten Leistungen nur unwesentlich verbessert werden.

Untersucht man jedoch die prozentuale A b s t e r b e - f r e q u e n z dieser 69 (A) und 72 (B) an ihrem Karzinom verstorbenen Patientinnen, so ergibt sich - bei nahezu gleicher Sterbequote nach 3 Jahren - daß Patientinnen mit auswahlsweiser Genesungsverschickung prozentual bezogen auf die Anzahl der innerhalb von 3 Jahren Verstorbenen zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Krankheit erliegen (Abb. 7). Die Differenz der prozentualen Absterbekurven ist wiederum nach 12 und 18 Monaten besonders ausgeprägt: Nach 1 Jahr sind von den nach 3 Jahren nicht überlebenden Patientinnen bereits 55% der Gruppe A gegenüber nur 33,3% der Gruppe B ihrem Karzinom erlegen. Nach 18 Monaten beträgt die Differenz 20% zugunsten der Gruppe B (Tab. 13).

Abb. 7 Zusammenfassende Darstellung der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, welche innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen.

A: 69 Patientinnen vor Einführung der Verschickung (1951-1953)

B: 72 Patientinnen mit auswahlsweiser Verschickung (1955-1957)



Tab. 13 Die Differenz der prozentualen Absterbefrequenz der Patientinnen mit Kollum-Karzinom III, die innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen.

A: 69 Patientinnen vor Einführung der Verschickung (1951-1953)

B: 72 Patientinnen mit auswahlsweiser Verschickung (1955-1957)

Bezogen auf die Anzahl der Verstorbenen starben nach	12 Monaten:	18 Monaten:
Gruppe A:	55,1 %	77,0 %
Gruppe B:	33,3 %	57,0 %
Differenz:	21,8 %	20,0 %

VIII. Diskussion der Ergebnisse.

In der vorliegenden Studie über die statistische Erfassung des Einflusses der Genesungsverschickung auf die Prognose der an einem Kollum-Karzinom erkrankten Frauen wird festgestellt, daß sich die Heilungs- und Leistungsziffern der behandelten Patientinnen durch eine auswahlsweise Genesungsverschickung nur unwesentlich verbessern lassen.

Bewußt wurde darauf verzichtet, verschickte Patientengruppen nicht-verschickten gegenüberzustellen. Für die verschickten Patientinnen der Jahrgänge 1955-1958 ließ sich in den Vergleichsjahrgängen 1951-1954 keine adäquate Patientengruppe isolieren.

Die Tatsache, daß die Auswahl der Patientinnen zu einer Genesungsverschickung nur bei bedingt guter Prognose nach allgemein ärztlichen Gesichtspunkten erfolgte und somit von den in der Gruppe B der Jahrgänge 1955-1958 erfaßten Patientinnen nur 57% verschickt wurden, schränkt die Aussagekraft der gewonnenen Zahlenergebnisse ein.

Für die Zahlenangaben der Patientengruppen mit Kollum-Karzinomen im I. und II. Stadium gelten durch die geringe Zahl der Fälle weitere Vorbehalte.

Indem in parallelen Untersuchungen 2 mal 4 Jahrgänge vergleichend bis zu jeweils einem bestimmten Termin beobachtet wurden, haben wir vorausgesetzt, daß die Therapie beider Gruppen prinzipiell gleich war. Dies ist jedoch nur bedingt der Fall.
In den Jahren 1956-1958 wurde bei besonderen Indikationen nicht mit der sonst an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf üblichen sogenannten konven-

tionellen Röntgenbestrahlung, sondern mit ultraharten Röntgen-Strahlen eines 15 MeV-Betatrons zusätzlich zur Radiumapplikation behandelt.
Von den in Tabelle 10 (S. 44) erfaßten, an Karzinom verstorbenen Patientinnen mit Kollum-Karzinom III wurden im Jahre 1956 1, 1957 4 und 1958 6 Patientinnen mit ultraharten Röntgen-Strahlen bestrahlt. Dem stehen für die gleichen Jahrgänge und die gleiche Gruppe 13, 12 und 15 jeweils verschickte Patientinnen gegenüber.
Insbesondere die Tatsache, daß von den in Abbildung 7 (S. 51) aufgeführten 72 an Karzinom verstorbenen Patientinnen der Gruppe B nur 5 Patientinnen mit ultraharten Röntgen-Strahlen behandelt wurden, bestärkt darin, dem Einfluß der in diesen Einzelfällen erfolgten Therapie mit ultraharten Röntgen-Strahlen in der vorliegenden Gliederung des Materials keine wesentlich einschränkende Bedeutung zuzumessen.

Basierend auf der Feststellung, daß die relativen Leistungsziffern bei paarweise gleichlanger Beobachtungszeit keine deutlichen Verbesserungen durch auswahlsweise Verschickungen erkennen lassen, und auf der Überlegung, daß die die Leistungsziffern zwar reduzierenden interkurrent verstorbenen, einschließlich der an unmittelbaren Therapiefolgen verstorbenen Patientinnen niemals ein Maßstab für den Einfluß einer Genesungsverschickung auf den Ablauf einer Karzinom-Krankheit sein können, weil sie teilweise von vornherein für eine solche Verschickung entfallen, wurden die Patientinnen gesondert verglichen, die inrem Karzinom erliegen.
Aufgeschlüsselt nach Todesursachen zeigt die Gruppe der interkurrent verstorbenen Patientinnen die in Tab. 14 dargestellte Übersicht.

So bedauerlich gewisse tödliche Komplikationen im Rahmen der Karzinomtherapie und die Embolietodesfälle auch sind, auf die Gesamtzahl der Verstorbenen bezogen machen diese nur 1,4% aus. Der Gruppe der an "Herz- und Kreislaufversagen" verstorbenen wurden nur solche Patientinnen zugeordnet, bei denen schon in der ersten Anamnese diesbezügliche Leiden bekannt waren und diejenigen Patientinnen, welche kurzfristig nach einer befundlosen Kontrolluntersuchung mit der Todesursache "Herz- und Kreislaufversagen" registriert wurden.
An interkurrenten Leiden verstarben 31 Patientinnen; dies sind 3,7% aller Behandelten oder 10,9% der Verstorbenen. Ihr Anteil ist naturgemäß bei Kollum-Karzinomen im I. und II. Stadium mit 5,1% bzw. 5,4% höher als bei Patientinnen im III. Stadium mit 2,8%.

Tab. 14 An interkurrenten Leiden verstorbene Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf 1951 - 1958

Todesursache	Anzahl
1. postoperativ, an unmittelbar tödlichen Komplikationen der Strahlentherapie	6
2. Embolie	6
3. Apoplexie	5
4. Suicid	3
5. Unfall	1
6. Herz- und Kreislaufversagen	10 Pat.

In einer gesonderten Untersuchung der Patientinnen, die

innerhalb der jeweiligen Beobachtungszeit an Karzinom verstarben, wurde die prozentuale Absterbefrequenz - bezogen auf die Anzahl der an Karzinom verstorbenen - graphisch dargestellt und zahlenmäßig erfaßt.
Dabei wird ersichtlich, daß die Patientinnen, die auswahlsweise verschickt werden konnten, prozentual erst zu einem s p ä t e r e n Zeitpunkt ihrem Leiden erliegen.
Besonders different verlaufen die Absterbekurven nach 12 bis 24 Monaten.

Wenn sich die Kurven der prozentualen Absterbefrequenzen der an Karzinom verstorbenen Patientinnen der Jahre 1952 und 1956 in unerwarteter Weise umkehren und kreuzen, so ist dies auf die im Behandlungsjahr 1952 allgemein eminent guten Heilungsergebnisse zurückzuführen, die mit 71,6% Absolutheilung für die Gruppen I-IV und mit 59,3% Heilungen für Kollum-Karzinom III weit über dem Durchschnitt der an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf und an anderen Kliniken erzielten Ergebnisse liegen.

IX. Zusammenfassende und abschließende Überlegungen über die Genesungsverschickung krebskranker Frauen.

Über das Wachstum maligner Geschwülste in Abhängigkeit von äußeren Faktoren, insbesondere in Abhängigkeit von unterschiedlichen sozialen Lebensverhältnissen, finden sich in der Literatur eine Reihe überzeugender klinischer und statistischer Angaben, daß die Gruppen von Kranken, die im Anschluß an eine eingreifende Karzinom-Therapie alle Pflege- und Schonungsmoglichkeiten auszunutzen in der Lage ist, die Krebskrankheit besser übersteht als die Gruppe von Kranken, die infolge der täglichen Verpflichtungen in der Familie oder bei der Berufsarbeit Ruhe und Erholung entbehren. Die Beobachtungen von KIRCHHOFF u.a. über eine um bis zu 20% bessere Prognose bei sozial bessergestellten gegenüber sozial schlechtergestellten Patientinnen bei gleicher Diagnostik und gleicher Therapie wirkte alarmierend und verpflichtete, alle Wege zu gehen, die dem sozial Schlechtergestellten helfen. Zugleich wurden große Hoffnungen geweckt, durch eine systematische Nachbehandlung und eine umfassende Nachsorge diesen offensichtlich "sozialen Faktor" zu korrigieren.

In Einzelfällen wurden bereits früher Genesungskuren durchgeführt. Eine systematische Genesungsverschickung rekonvaleszenter krebskranker Frauen wurde erst in den Jahren 1954/1955 möglich. Nicht unerheblich waren die Schwierigkeiten, diese Kuren finanziell zu sichern. Dies ist heute gelungen; die Anzahl und die Möglichkeiten zu Genesungsverschickungen für Patientinnen mit guter Prognose ist in fast allen Bundesländern groß, die finanziellen Aufwendungen zu ihrer Durchführung beträchtlich.

Aus dem regen Echo, das auf die Umfrage an die Landesverbände für Krebsbekämpfung in der Bundesrepublik erfolgte, ist zu ersehen, daß vielerorts dieses Thema für eines der wichtigsten bei der Krebsbekämpfung gehalten und ihm besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Indes sind uns bisher keine Mitteilungen oder Publikationen bekannt geworden, daß durch diese Maßnahmen die Heilungsergebnisse bei Kollum-Karzinomen effektiv verbessert werden konnten. Doch einhellig wird bei der Beurteilung der Kuren hervorgehoben, daß sich das Allgemeinbefinden und die seelische Stimmungslage wesentlich beeinflussen lassen. Diese Feststellungen sind als ein echter Erfolg zu werten.

Darüberhinaus konnte am Patientengut der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf mit Kollum-Karzinom im III. Stadium belegt werden, daß die Frauen, die auswahlsweise zu einer Genesungskur verschickt werden konnten, hinsichtlich der z e i t l i c h e n Prognose bessere Behandlungsergebnisse zeigten.
Wenn sich in Übereinstimmung mit Publikationen anderer die Fünfjahresheilungsergebnisse nicht verbessern ließen, so ist daraus zu schließen, daß diese Maßnahmen keine Ersatzheilmittel für Operation und Bestrahlung darstellen. Während die Lokaltherapie das krebsige Gewebe auf irgendeine Art und Weise entfernen, vernichten oder sterilisieren will, kann hingegen die allgemeine Therapie und die Kräftigung des Allgemeinzustandes den Kräftezerfall verzögern und aufhalten: Die Patientinnen, die innerhalb einer bestimmten Kontrollzeit ihrem Karzinom erliegen, sterben mit auswahlsweiser Genesungsverschickung später. Besonders markant in dieser Hinsicht ist der Zeitraum von 1-2 Jahren nach der Behandlung:

Von 69 Patientinnen mit Kollum-Karzinom III v o r Einführung der Genesungsverschickung (1951-1953), die innerhalb von 3 Jahren ihrem Karzinom erliegen, verstarben nach 12 Monaten bereits 55,1% und nach 18 Monaten 77%; dagegen verstarben von 72 Patientinnen m i t auswahlsweiser Genesungsverschickung (1955-1957), die innerhalb von 3 Jahren ihrem Leiden erliegen, nach 12 Monaten 33,3% und nach 18 Monaten 57%.

Für Patientinnen, die sich der Möglichkeit einer Genesungsverschickung verschließen, um nach langzeitiger klinischer Behandlung möglichst bald wieder in ihre Familie zurückzukehren, die sie haben entbehren müssen, wäre eine abermalige Trennung eine erneute seelische Last.

Die Zeit während der Verschickung könnte und sollte u.a. dazu benutzt werden, die Patientinnen zu belehren, eine mehr gezielte "Therapie" (Diät, Vitamine, Fermente, Darmsanierung, mesenchymaktivierende Maßnahmen) fortan auch zu Hause weiterzuüben. Es gilt, die Patientinnen zu einer weniger gehetzten und weniger aktiven Lebensweise umzuerziehen, was nicht nur an den Arzt, sondern auch an den Kranken gewisse Anforderungen stellt. In dieser Hinsicht kann eine Genesungsverschickung von entscheidender Bedeutung sein.

Die Erholungs- und Ausheilungsvorgänge nehmen Monate in Anspruch; eine Genesungsverschickung von 4-6 Wochen ist nur ein zeitlich beschränkter Zeitraum, der allein den "sozialen Faktor" nicht aufzuwiegen vermag.
Um sich ganz auf eine veränderte Lebensweise umzustellen ist es notwendig, andere Belastungen des täglichen Lebens, insbesondere des Berufslebens, fernzuhalten. Zu diesen Maß-

nahmen zählt eine vorübergehende Invalidisierung und später eine finanziell unterstützte Umschulung und eine berufliche Rehabilitation durch Wiedereingliederung in weniger anstrengende Berufe, um die Betroffenen von dem Los der Untätigkeit durch Invalidität zu erlösen. Das Problem der Nachsorge Krebskranker gestaltet sich somit sehr komplex.

Die bisherigen Erfolge geben Veranlassung, nach Möglichkeit die gezielte Nachbehandlung mit ausreichender posttherapeutischer Erholungsmöglichkeit auszubauen. Wenn diese Maßnahmen in eigens dafür eingerichteten Häusern erfolgen, werden damit die großen Behandlungszentren und Krankenhäuser nicht nur in ihrer Belegungsmöglichkeit für andere Patienten, sondern auch finanziell entlastet.

Solange es im Verlauf von Krebserkrankungen soziale Unterschiede gibt, ist zur Ergänzung der Behandlung weiterhin der großzügige Einsatz wirtschaftlicher und sozialer Unterstützungen ärztlich wünschenswert. Selbst unter dem Aspekt der in den letzten 10 Jahren in der Bundesrepublik allgemein gestiegenen Wirtschafts- und Lebensverhältnisse bleibt die Verschickung nach der Behandlung ein günstiger und wichtiger Faktor der posttherapeutischen Phase.

Den zu erwartenden gesetzlichen Neuregelungen über die Krankenversorgung in der Bundesrepublik gilt es, alle Aufmerksamkeit zu schenken, um alle diese Maßnahmen in ihrer bisherigen Form zu sichern und darüber hinaus auszudehnen, wie es in der Denkschrift des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung über die Fürsorge und die wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken empfohlen wird.

Literaturangaben

BALTZER, H.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung III (1959) 238

BERGGREN, O.G.: Acta radiol. (Stockh.) Suppl. 145 (1957) 1

BERTRAM, C.: Vortr. NWD-Gs. f. Gynäk. Hamburg 2.-3.11.1957

BILLICH, M.: Inaug. Diss., Göttingen 1958

BOCKISCH u. H.-J. SCHUBERT: Mitteilungsdienst d. Ges. z. Bekämpf. d. Krebskrkht. i.Nordrhein-Westf. (1959) Heft 9, S. 10

CRAMER, H.: Münch. Med. Wschr. 29 (1958) 1083

CUTLER, S.J. et al: U.S. Publ. Health Rep. 69(1954)333

DIETRICH, A.: Krebs im Gefolge des Krieges, Stuttgart(1948)

DIETRICH, A.: Dtsch. Med. Wschr. 80 (1955) 807

EBBING: Stat. Bundesamt Wiesbaden, Pers.Mitt. 1961

FIKENTSCHER, H.: Münch. Med. Wschr. (1956) 415

FISCHER, W., SEELICH, BÜNGELER, W.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung II (1957) 305

GANSAU, H. u. LANG, N.: Gebh. u. Frhlkd. 21 (1961) 213

GAUWERKY, F.: Strahlentherapie 80 (1949) 335

GAUWERKY, F.: Strahlentherapie 96 (1955) 345

GEMSJÄGER, K.: Strahlentherapie 96 (1955) 325

HACKMANN, Ch.: Dtsch. Med. Wschr. (1958) 134

HEINSOHN: Stat. Landesamt Hamburg. Pers. Mitt. 1961

HESS, P.: Strahlentherapie 107 (1958) 127

HEYDE, W.: Hamb. Ärzteblatt 10 (1956) 64

HEYDE, W.: Arch. Gynäk. 193 (1959) 232

KEPP, R.K.: Arch. Gynäk. 193 (1959) 153

KIRCHHOFF, H.: Dtsch. Med. Wschr. (1954) 1153

KIRCHHOFF, H.: Krebsforsch. u. Krebsbekämpf. III (1959)231

KOTTMEIER, H.-L.: Annual Report on the Results of treatment in carcinoma of the uterus, 11th vol.

KRUMWIEDE: Krebsforsch. u. Krebsbekämpf. III(1959)239

LAWSON, J.G.: J. Obst. (London) 64 (1957) 488

MAIER, E.: Wien. Klin. Wschr. (1953) 412

MARTIUS, H.: Dtsch. Med. Wschr. 79 (1954) 1156

MARTIUS, H.:u. KEPP,R.K.: Dtsch. Med. Wschr. (1954) 1153

MARTIUS, H.: Dtsch. Med. Wschr. (1957) 447

MARTIUS, H.: Denkschrift des DZA für Krebsbek. u. Krebsforschung über die Fürsorge und wirtschaftl. Sicherung der Krebskranken, Göttingen (1958)

MÜHLBOCK, O.: Krebsforsch. u. Krebsbekämpf. II (1957) 13

NISSEN, R.: Dtsch. Med. Wschr. 82 (1957) 1817

OBERHEUSER, F.:Vortr. auf einer Tag. der Naturwiss. und Medizinischen Fakultät der Universität München 10.-13.4.1961

PECKHOLZ, J.: Dtsch. Med. Wschr. (1958) 1486

PELLER, S.: Ref. Ztrbl. Radiol. 32 (1941) 523

PFLEIDERER, A.:Strahlentherapie 89 (1952) 72

PHILIPP, E.: Zbl. Gynäk. 80 (1958) 1349

PRENZEL, F.: Gesundheitsfürsorge u. Gesundheitspolitik (1956) 22 und 146

PULVERMACHER, E.: Strahlentherapie 76, 556

REUTER, H.: Öfftl. Gesundheitsdienst 18 (1957) 427

SCHMERMUND, H.J.: Die Medizinische (1958) 1063

SCHMIDT-MATTHIESSEN, H.: Krebsforsch. u. Krebsbekämpf. II (1957), 296

SCHUBERT, G.: Begrüßungsrede zur Eröffnung der Elektronenschleuder der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf und des Genesungsheimes für Krebskranke in Ratzeburg am 8. 1. 1955.

SCHULTZE-RHONHOF, O.: Krebsforsch. u. Krebsbekämpf. III (1959) 225

SCHWANKE, W.: Dtsch. Med. Wschr. (1930) 1948

SPOHR, O.: Öfftl. Gesundheitsdienst (1958/59) 479

TROMP, W.: Die Medizinische (1955) 443

VOLTZ, F.: Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalkarzinoms, Urban & Schwarzenberg (1930)127

WINTZ, H.: Zit. n. MARTIUS, H.: Dtsch. Med. Wschr. (1954) 1156

ZIMMER, K.: Die Medizinische (1957) 1174

Herrn Professor Dr. G. S c h u b e r t danke ich für die Überlassung des Themas sehr herzlich.

Ferner sage ich aufrichtigen Dank Herrn Dr. K r a t z s c h für seine freundliche Beratung bei der Ausarbeitung des Themas.

Lebenslauf

Am 18. März 1936 wurde ich, Georg-Friedrich K e s s l e r, als Sohn des Pastors Friedrich Kessler und seiner Ehefrau Irmtraut, geb. Quaas, in Saalfeld/Saale geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule siedelte ich mit meinen Eltern 1948 nach Westdeutschland über. Ich besuchte jeweils kurzfristig das Städtische Gymnasium in Wertheim am Main und eine Privatschule in Dassel / b. Einbeck. Von 1951 bis 1955 war ich Schüler der Gelehrtenschule des Johanneums in Hamburg, wo ich mit der Reifeprüfung meine Schulzeit beendete.

Bis zur ärztlichen Vorprüfung habe ich in Tübingen, später an der Freien Universität in Berlin und abschließend in Hamburg Medizin studiert. Im November 1960 bestand ich die ärztliche Prüfung.

Seit Februar 1961 bin ich als Medizinalassistent tätig.

Druck: Photo-Copie GmbH Hamburg 1